

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juin 1901, à 1 heure

PAR

Jean-Jules BARCAT

Né à Paris le 11 février 1875

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIDE PIGMENTAIRE

OU LEUCODERMIE SYPHILITIQUE

(PATHOGÉNIE)

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

GAUCHER et WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juin 1901, à 1 heure

PAR

Jean-Jules BARCAT

Né à Paris le 11 février 1875

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIDE PIGMENTAIRE

OU LEUCODERMIE SYPHILITIQUE

(PATHOGÉNIE)

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

GAUCHER et WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

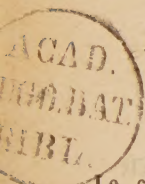
PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie.....		FARABEUF
Physiologie.....		CH. RICHEL
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL
		BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		BERGER
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		LANDOUZY
Hygiène.....		PROUST
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...		N...
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE
		JACCOUD
Clinique médicale.....		HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		GRANCHER
Clinique des maladies des enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale.....		JOFFROY
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		TERRIER
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY
		LE DENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique.....		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON
Clinique d'accouchement.....		BUDIN
		PINARD
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Préface

Avant d'aborder le sujet de notre thèse inaugurale, nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux qui, tous, ont su nous inspirer l'amour et le respect de la profession médicale par leur noble façon de la comprendre et de l'exercer.

M. le docteur Fernet a guidé nos premiers pas. Il nous a témoigné continuellement une bienveillance pour laquelle nous lui gardons un profond sentiment de gratitude.

Nous n'oublierons jamais les excellentes leçons cliniques, et les marques d'affection qu'a bien voulu nous donner M. le Dr Barié, au cours de l'année que nous avons passé comme externe dans son service.

Nous confondons dans un même sentiment de gratitude M. le Dr Le Gendre dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe et le Dr Ducamp notre beau-frère. Bien avant le début de nos études médicales ils s'étaient acquis notre reconnaissance. Plus tard, ils n'ont cessé de nous prodiguer leurs conseils et leur aide. Qu'ils recoivent ici l'expression de nos sentiments profondément affectueux et dévoués.

Monsieur le Dr Balzer a bien voulu, pendant notre

dernière année d'externat, nous initier à l'étude de la dermatologie. Il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance et c'est à lui que nous devons le sujet de notre thèse pour la rédaction de laquelle il a bien voulu nous aider de ses conseils. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude et de notre respectueux dévouement.

Nous devons aussi des remerciements à M. le Dr Verchère, médecin de Saint-Lazare, qui sur la demande de notre excellent ami Léculier, son interne, a bien voulu nous donner l'entrée de son service pour y faire des recherches sur le sujet de notre thèse.

Nous remercions infiniment M. le professeur Landouzy pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence du jury de notre thèse.



Introduction

La syphilis produit des troubles de pigmentation variés.

Une première catégorie de ces troubles comprend les traces noirâtres que laissent, en disparaissant, les accidents secondaires tels que les syphilides papuleuses et lichenoides, l'écthyma. — Ces traces, qu'on nomme macules de terminaison, sont plus ou moins arrondies, d'une couleur brun-noirâtre, jaunâtre, parfois très foncée (syphilide papuleuse nigricante). Elles persistent presque toujours fort longtemps.

Dans un deuxième groupe se placent des troubles pigmentaires analogues à ceux que l'on peut observer dans un certain nombre de maladies ayant pour caractère commun l'imprégnation de l'organisme par un poison dyscrasique, chimique ou microbien, telles, la chlorose, la leucémie, le paludisme, le diabète, l'intoxication arsénicale ou alcoolique. Dans la syphilis comme dans ces cas, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle on peut voir se développer des méla-

nodermies en nappe ou en foyer, affectant la forme de placards noirâtres (1 cas de M. Fournier), d'archipels maculeux (2 cas de M. Fournier) (1 cas de Gemmy), ou revêtant le corps en totalité d'une hyperpigmentation plus ou moins régulière (cas de Doyon) (1).

Mais les deux catégories de troubles pigmentaires dont nous venons de parler n'offrent pas un grand intérêt. Les macules de terminaison qui surviennent à la suite de certaines syphilides secondaires peuvent bien mettre en éveil un observateur attentif : toutefois leur valeur repose avant tout, sur les commémoratifs.

Les mélanodermies du deuxième groupe qui ne sont pas secondaires à une éruption, mais qui apparaissent comme une manifestation primitive liée à la présence dans l'organisme du virus syphilitique, ressemblent aux manifestations de même ordre que l'on observe dans les intoxications ou maladies dont nous parlions tout à l'heure. Elles n'ont pas de caractères spécifiques et sont d'ailleurs tellement exceptionnelles qu'on en compte les exemples.

Il est une troisième variété de troubles de pigmentation dans la syphilis qui, à l'encontre des deux premières, offre un puissant intérêt à cause de son aspect original et caractéristique. Nous voulons parler de la syphilide pigmentaire type, connue aussi sous les

(1) Un homme syphilitique présentait outre une syphilide pigmentaire type du cou une hyperpigmentation diffuse de tout le corps sur laquelle se détachaient une multitude de macules lenticulaires plus foncées.

dénominations de syphilide maculeuse du cou, de vitiligo, leucopathie syphilitique, et mieux sous les noms de *syphilide pigmentaire réticulée* et de *leucodermie* (Fournier).

Cette manifestation pigmentaire a une valeur diagnostique considérable. Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, elle se présente sous l'aspect d'une dentelle formée d'un réticulum brunâtre (s. p. réticulée) dont les mailles circonscrivent des îlots clairs (leucodermie). Elle siège le plus souvent au cou (collier de Vénus) quelquefois elle s'étend à d'autres parties du corps.

Depuis Hardy qui la décrit le premier (1853), de nombreux auteurs se sont occupés de la question. On tomba vite d'accord sur sa configuration, sa fréquence, sa durée, sa valeur diagnostique ; mais il n'en fut pas de même pour sa pathogénie. Des théories nombreuses autant qu'ingénieuses ont été élaborées en France et à l'Etranger sans qu'aucune s'imposât d'une façon indiscutable. Quel est l'élément pathologique ? Est-il représenté par les îlots clairs ou par les mailles pigmentées qui les circonscrivent ? La syphilide pigmentaire est-elle consécutive à une éruption antérieure dont elle serait le reliquat ? ou bien, au contraire, apparaît-elle primitive, indépendante, à titre de manifestation syphilitique autonome ? Quel est le processus qui entraîne la pigmentation ou la dépigmentation ? Pourquoi cette configuration en dentelle ? Pourquoi cette prédilection pour les téguments du cou ?

Toutes ces questions qui forment le chapitre pathogénique de l'étude de la syphilide pigmentaire réticulée sont encore à l'étude.

C'est ce chapitre que, sur le conseil de notre maître M. le docteur Balzer, nous aurons spécialement en vue dans ce travail.

Nous n'avons pas la prétention de donner une réponse catégorique, définitive, aux différentes questions pathogéniques encore pendantes, que les maîtres de la dermatologie ont traitées sans pouvoir se mettre d'accord. Nous nous bornerons modestement à passer en revue les principales opinions ; nous les discuterons et peut-être retirerons-nous de cette étude une conception nette en faveur de laquelle nous pourrions apporter quelques faits d'observation clinique.

Mais avant d'aborder cette étude pathogénique à laquelle nous réservons la première place, nous devons exposer rapidement ce qui a trait à l'historique et à la symptomatologie de la lésion.

Nous ferons ensuite dans un même chapitre l'anatomie pathologique et la pathogénie qui sont étroitement connexes. Nous terminerons par quelques mots sur le diagnostic.



II

Historique

Hardy, le premier, en 1853, décrivit des troubles de la pigmentation cutanée d'origine syphilitique, troubles qu'il désigna sous le nom de syphilide pigmentaire.

Mais on ne reconnaît point nettement dans sa description la syphilis pigmentaire réticulée ou leucodermie qui nous occupe.

Celle-ci nous paraît avoir été bien décrite pour la première fois par Pilon en 1855 sous le nom de syphilide maculeuse, avec son caractère fondamental, la juxtaposition d'hyperchromie et d'hypochromie (réelle ou apparente).

Cependant, elle ne conquist pas sans résistance sa place dans la symptomatologie de la syphilis. Son existence fut niée à l'étranger par des syphiligraphes, tels que Kaposi et Fox, qui lui dénièrent tout caractère spécifique, en la considérant comme une simple mélanodermie cachectique, un chloasma de dénutrition générale sans valeur séméiotique spéciale.

En France même, elle fut rejetée par Bazin qui

s'appuyait sur l'inefficacité du traitement spécifique et par Rollet (de Lyon) qui la rattachait au vitiligo ou au pytiriasis versicolor.

Toutefois, après que l'attention eut été attirée sur ce stigmate si remarquable, les observations se multiplièrent, et les dissidents eux-mêmes finirent par admettre la nature spécifique et la valeur diagnostique de la syphilide pigmentaire.

De nombreux travaux surgirent : A ceux de Hardy (1854 et 1858), Pillon (1855) et (1857, thèse), Diday (1855), de Neuman (Vienne 1855), vinrent s'ajouter en France les thèses de Maireau, Saintin, Romalo, de Fisson, Semen, Marcou, Pétresco, et les travaux, publications ou communications de Diday, Mauriac, Fournier, Barthélémy, Balzer, Danlos, Audry, Gemmy, Hallopeau, Baudoin, etc.

A l'étranger : Neisser O. Simon, Schwimmer, Riehl, Haslund, Poelchen Erhman, Bockhart, Zeissl, Lewin, Unna, Hjelmman, Frattali, Bergh, Lesser, Kaposi, Finger, Taylor, etc., s'en occupèrent également.

Tous ces travaux affirment l'importance de la syphilide pigmentaire réticulée ; mais nous verrons combien les opinions divergent, lorsqu'il s'agit d'en expliquer la pathogénie. Disons de suite, avant d'aborder la description de ce trouble de pigmentation, que toute la discussion roule autour de deux opinions principales :

1° Celle qui fait de la syphilis pigmentaire réticulée une manifestation indépendante de toute éruption antérieure et qui regarde comme élément patholo-

gique le réticulum pigmenté, considérant au contraire comme normaux les espaces compris entre les mailles pigmentées. Cette opinion a pour principal défenseur M. le P^r Fournier.

2° Celle qui considère les espaces clairs compris entre les mailles comme l'élément pathologique développé au siège même des éléments éruptifs maculeux ou papuleux auxquels ils sont consécutifs, et qui ne voit dans le réticulum pigmenté qu'un fond normalement coloré ou hyperpigmenté secondairement à la décoloration des espaces clairs. C'est l'opinion défendue dès 1855 par Neuman, par Neisser et Simon et qui commence en France à se faire des adeptes.



III

Symptomatologie

La syphilide pigmentaire réticulée ou leucodermie est une manifestation de la période secondaire. Elle apparaît le plus souvent au cours de la première, quelquefois au cours de la seconde année.

Elle a longtemps été considérée comme exclusive à la femme ; mais c'était là une erreur, car de Maieff, à l'hôpital militaire de Saint-Petersbourg, l'a constatée chez des hommes dans la proportion de 18 pour 448 cas de syphilis.

Cependant elle est bien plus fréquente chez la femme et surtout chez la femme jeune ; c'est de 17 à 26 ans que, suivant la statistique de Maireau, elle atteint sa plus grande fréquence ; ce qui s'explique par ce fait que c'est précisément entre ces deux âges qu'a lieu l'infection syphilitique, dans la majorité des cas.

Son apparition n'est liée en aucune façon au caractère bénin ou grave de la maladie.

Elle siège presque toujours au cou qu'elle entoure d'un dessin en dentelle souvent élégant, ce qui lui a valu la dénomination pittoresque de Collier de Venus.

(Hardy). Elle est généralement plus marquée sur les parties latérales et la nuque, souvent elle est absente vers le sommet de l'angle formé par la convergence des deux chefs sternaux des muscles sterno-cleido-mastoïdiens de telle sorte que le collier est ouvert en avant. Rarement, elle se propage du cou vers la partie supérieure du thorax dans la région interscapulaire, la partie antérieure de l'aisselle ; exceptionnellement, elle se voit sur les flancs, l'abdomen, la région lombodorsale, la partie supérieure des bras ou supéro interne des cuisses.

Le plus souvent son début passe inaperçu et, à moins qu'il ne s'agisse de femmes très coquettes, très soucieuses de leur beauté, le stigmatte du collier ne leur est révélé que par le médecin qu'elles viennent consulter pour d'autres accidents.

Aussi, les dermatologistes sont-ils encore divisés sur le mode de début de la syphilide pigmentaire, et, comme ce mode de début est un argument en faveur de telle ou telle pathogénie, nous nous réservons de l'étudier plus loin, nous bornant ici à décrire la lésion à sa période d'état.

La double façon d'envisager la syphilide pigmentaire, dont nous avons parlé au précédent chapitre, a engendré deux descriptions différentes.

Pour M. Fournier, elle consiste en une série de marbrures pigmentées, grisâtres, disposées sans ordre régulier, s'anastamosant pour la plupart et enclavant dans leurs mailles des ilots de tégument resté sain et figurant ainsi une sorte de réseau à larges

mailles. La lésion unique, c'est l'hyperpigmentation dont la couleur est d'un gris plus ou moins foncé, maculeux, bistré, cendré ayant parfois le ton de la crasse pour laquelle les malades la prennent souvent. Les îlots enclavés dans les mailles du réticulum conservent au contraire leur état normal. Ces îlots sont irréguliers, le plus souvent arrondis, ovalaires, d'une étendue variant des dimensions d'une lentille à celles d'un noyau d'abricot.

Ceux qui soutiennent l'opinion adverse, décrivent la lésion comme étant constituée par des taches dépourvues de pigment ou hypochromiques, plus blanches que la peau normale et se détachant sur un fond anormalement pigmenté. Ce fond représente en réalité les marbrures de M. Fournier.

En somme, ces deux descriptions ne diffèrent, pour ainsi dire, que d'intention : l'une accordant la première place à ce qui est mis par l'autre au second rang ; au point de vue objectif, elles concordent pour nous montrer deux éléments, d'une part des îlots arrondis hypochromiés (au moins en apparence), d'autre part, des régions hyperpigmentées séparant ces îlots ; ces deux éléments s'associent pour donner naissance à l'aspect en dentelle qui est si remarquable.

Mais nous devons insister sur certains caractères concernant les îlots d'apparence décolorée.

Dans le plus grand nombre des cas, ces îlots sont nettement séparés les uns des autres, ils affectent des dimensions de 3 à 5, 7 millimètres dans leur plus grand diamètre quelquefois 10 millimètres ; plus ra-

rement plusieurs semblent s'être fusionnés pour donner naissance à des îlots irréguliers plus étendus, mais qu'il est presque toujours possible, grâce à la disposition polycyclique de leurs bords, de décomposer par la pensée en leurs différents éléments ; ils rappellent par leur configuration les taches de roséole qui, dit M. Fournier, varient de la surface d'une petite lentille à celle d'une pièce de 50 cent. ; rarement plus larges si ce n'est dans le cas où plusieurs d'entre elles viennent à se fusionner (1).

D'autres fois, mais d'une façon tellement exceptionnelle que nous n'en avons observé qu'un cas et qu'il nous a été impossible de trouver dans la collection de Saint-Louis une photographie que nous puissions reproduire, ces îlots sont beaucoup plus étendus, beaucoup plus irréguliers, leur surface est moins uniforme, parfois granitée, leurs contours sont beaucoup moins nets, difficiles à suivre. Les parties pigmentées, qui les séparent, sont de même irrégulièrement colorées, là, plus foncées, ici à peine grisâtres, et présentant une apparence granitée.

Dans ce cas, ils ne rappellent plus en aucune façon la configuration des éléments roséoliques ou papuleux et la lésion dans son ensemble paraît être constituée par un fond pigmenté non uniforme, et par des espaces plus clairs, qui semblent avoir été imprimés sur le fond par la surface palmaire d'un pouce d'adulte chargé de couleur claire.

(1) *Traité de la syphilis chez la femme*. Fournier.

Ces deux formes auxquelles nous attribuons avec M. Balzer la même pathogénie, sont cependant assez dissemblables pour qu'il soit peut-être permis de les envisager à ce point de vue comme distinctes.

Dans la forme à petits îlots, ceux-ci présentent fréquemment un autre caractère que notre maître M. Balzer aime à faire remarquer à ses élèves. Ils sont pour la plupart légèrement déprimés. Cette légère dépression difficile à saisir d'abord, devient évidente, lorsqu'on s'habitue à la chercher au palper et à la vue à jour frisant. Beaucoup plus rarement leur surface est non seulement déprimée, mais encore striée de plis parallèles ; et ces cas semblent établir une transition entre les îlots clairs de la syphilide pigmentaire et les vergétures ou macules atrophiques syphilitiques que M. Balzer a signalées dès l'année 1877 : elles naîtraient par un même processus atténué.

Enfin M. Balzer, puis M. Hallopeau ont montré que presque toujours il est possible de trouver au centre des îlots non pigmentés des macules colorées. C'est là un fait que nous avons presque constamment vérifié ; il est extrêmement rare que parmi les îlots clairs on n'en trouve point quelques-uns avec la macule centrale signalée. Tantôt cette macule est cuivrée, comme une tache roséolique en régression, tantôt elle est brunâtre, parfois elle est à peine marquée.

Nous considérons comme une simple variété de la syphilide pigmentaire à petits îlots, la forme que M. Fournier désigne sous le nom de syphilide pigmentaire à lunules et qui se présente sous l'aspect d'un

fond pigmenté uniforme très étendu, sur lequel tranchent quelques rares taches arrondies et claires. Elle n'en diffère en réalité, que par le petit nombre des îlots non pigmentés.

Un fait extrêmement intéressant est la coexistence fréquente, avec la syphilide pigmentaire réticulée à petits îlots, d'une alopecie, qui, sur la nuque correspond aux taches claires, et qui, sur le cuir chevelu, affecte une disposition en aires arrondies comme les îlots décolorés et de la même dimension, Nous l'avons observée plusieurs fois et nous en faisons la relation à la fin de notre thèse (Observation 3).

M. Balzer nous avait auparavant signalé ce fait que depuis assez longtemps déjà il avait observé d'abord chez l'homme, où il avait pu voir quelquefois les espaces dépigmentés du cou se continuer manifestement avec les surfaces dénudées du cuir chevelu ; surfaces qui présentaient parfois des macules rouges centrales, vestiges de l'élément éruptif. Au cours de nos recherches bibliographiques nous l'avons trouvé signalé par Haslund (1893) qui déclare avoir constaté cette alopecie très fréquemment en faisant tondre systématiquement les cheveux de ses malades.

Ainsi constituée à la période d'état, la syphilide pigmentaire réticulée a une durée assez difficile à déterminer, car les malades, une fois débarrassés des autres accidents plus gênants de la syphilis, ne viennent plus consulter, toutefois, elle semble varier de quelques mois à un, deux, trois et même (Fiweisky) sept ans.

IV

Pathogénie

Nous réunissons dans le même chapitre, ce qui a trait à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de la syphilide pigmentaire reticulée, car ces deux points de son étude sont étroitement liés.

Dans une première partie historique nous ferons aussi clairement et aussi impartialement que possible le résumé des opinions et des principaux travaux qui, à notre connaissance, ont été publiés sur cette question.

Dans une deuxième partie, nous les discuterons et nous exposerons notre opinion personnelle, que nous essaierons de baser sur la physiologie et sur la clinique.



Conceptions de la Syphilide pigmentaire en France et à l'Etranger.

Hardy qui en 1835 décrit la syphilide pigmentaire et lui donne son nom, la considère comme primitive et formée de taches ne différant en rien des éphélides. Comme dans celles-ci il y a distribution vicieuse du pigment qui, trop abondant dans les taches grises, présente une diminution dans les taches blanches.

Pillon, en décrivant ce trouble de pigmentation sous le nom de syphilide maculeuse (1855 et 1857), fait remarquer qu'elle apparaît, en général, au déclin de la roséole ; toutefois il ne semble pas subordonner l'une à l'autre et il paraît bien que dans son esprit la syphilide maculeuse est primitive.

Fournier en 1881 (traité de la syph. chez la femme) la considère également comme primitive et constituée uniquement par une pigmentation en réseau. Il s'appuie sur l'examen histologique de Tanturri en 1865 qui paraît démontrer que les parties décolorées en apparence renferment autant de pigment que la peau normale.

Ricord puis *Mauriac* se rangèrent à cette opinion qu'appuyèrent encore les thèses de Maireau (1884), de Semen (1895). — En particulier *Saintin*, dans sa thèse,

affirmait, après examen histologique de deux lambeaux de peau, que les taches blanches étaient, en réalité plus pigmentées qu'à l'état normal.

En somme, jusqu'à ces derniers temps, les dermatologistes français paraissent avoir adopté à l'unanimité une même conception de la syphilide pigmentaire réticulée, conception que M. Fournier vient encore de consacrer dans son récent traité de la syphilis.

Depuis peu il s'est produit quelques divergences. A la société de Dermatologie, plusieurs fois au cours de l'année 1899 et notamment en Décembre 1899, à propos d'un malade de M. Hercher qui présentait des taches blanches atrophiques et vergeturoïdes réalisant au cou, grâce à une pigmentation concomitante, l'aspect de la syphilide pigmentaire réticulé ; puis en janvier 1900, en présentant un de ses malades qui offrait : 1° une syphilide pigmentaire du cou dont les îlots décolorés, vergeturoïdes, se retrouvaient sur d'autres points du corps en particulier sur les avant-bras avec, en leur centre, des vestiges très nets de l'élément éruptif ; 2° des macules rougeâtres déprimées, striées de plis et consécutives à des papules qui avaient existé sur la plus grande partie du corps. M. Balzer exposait ses idées sur la pathogénie des taches claires. Selon lui elles seraient consécutives à la régression des éléments papuleux ou roséoliques, processus allant parfois jusqu'à la rupture des fibres élastiques (vergeture). L'hyperpigmentation juxtaposée résulterait d'une sorte de rejet du pigment à la périphérie. D'ailleurs, ajoutait-il, les cas où la tache claire se

forme dans un point où l'examen clinique n'a pas fait remarquer la présence d'un élément éruptif, ne doit pas nous surprendre ; il est bien certain, en effet, que les éléments reconnaissables cliniquement ne nous donnent qu'imparfaitement la mesure de ce qu'est en réalité la poussée éruptive qui, certainement, reste invisible en beaucoup d'autres points.

Un peu plus tard, en Mai 1900, une deuxième discussion eut lieu à la Société de dermatologie à propos d'un malade de M. Danlos. Ce malade présentait une pigmentation diffuse généralisée attribuable à une phthiriasis ancienne et peut-être à la syphilis, pigmentation sur laquelle se détachaient des îlots arrondis nettement déprimés et présentant en leur centre une tache noir foncé, que M. Danlos attribuait à la régression de papules ayant existé probablement.

Pour M. *Danlos*, ce cas appuyait l'opinion suivant laquelle il y aurait deux formes de syphilide pigmentaire réticulée.

1° L'une classique, primitive, dyschromique, pure très fréquente.

2° L'autre plus rare, se différenciant de la première par son apparence atrophique et l'éruption qui la précède et à laquelle se rapportait l'observation de son malade.

M. *Balzer* fit remarquer que cette communication venait à l'appui de ce qu'il avait eu l'occasion de soutenir à plusieurs reprises sur l'origine de la syphilide pigmentaire.

M. *Halloppéau*, opinant dans le même sens, dit que

la syphilide pigmentaire réticulée avait pour origine la roséole ou de petites papules passant le plus souvent inaperçues. Il en voyait la preuve dans la présence de zones achromiques souvent observées par lui autour des papules syphilitiques, ainsi que dans celle de macules colorées, qu'il avait trouvées au centre des aires dépigmentées même alors qu'il s'agissait de la Syphilide pigmentaire la plus typique.

M. *Fournier* tout en admettant le caractère secondaire des troubles de pigmentation présentés par le malade de M. Danlos, protesta contre les conclusions de MM. Balzer et Hallopeau. A son avis, ce cas n'avait rien à voir avec la syphilide pigmentaire vraie qui est primitive, et qu'il a vue se développer sans qu'elle s'accompagnât d'aucune tache congestive ni d'aucune papule.

MM. Brocq, Barthélémy et Danlos s'associèrent à l'avis de M. Fournier.

Les dermatologistes français sont donc loin d'être d'accord.

Toutefois, une thèse récente, celle du Docteur Petresco, élève de M. Fournier, semble bien indiquer que l'opinion de MM. Balzer et Hallopeau gagne du terrain. Il y est timidement avancé que la syphilide pigmentaire réticulée est le vestige d'une éruption avortée, et qu'elle est partant secondaire, au même titre que les pigmentations consécutives à une éruption constituée. Mais Petresco ajoute aussitôt que si histologiquement et pathogéniquement on ne peut admettre une syphilide pigmentaire réticulaire

primitive, ce type garde toute sa valeur en clinique.

A l'Etranger, dès l'année 1855, *Neuman* considère les taches blanches, comme étant la lésion principale : lésion qu'il regarde comme un vitiligo.

O. Simon et surtout *Neisser* 1883 pour bien marquer la caractéristique de la lésion, lui donnent le nom de leucodermie syphilitique. Ils la décrivent comme une maladie de la nutrition cutanée dans laquelle il y a deux éléments : résorption d'une part, formation du pigment d'autre part.

Le développement des taches blanches, disent-ils, est en rapport avec les syphilides maculeuses et papuleuses, et se fait aux endroits qu'occupaient précisément ces syphilides. C'est une lésion de transformation dont la nature est attestée par l'inefficacité du traitement spécifique,

Egalement *Riehl* (1884) regarde la leucodermie comme survenant à la suite des efflorescences maculeuses et papuleuses de la syphilis, mais ses recherches anatomo-pathologiques de même que les symptômes cliniques ne lui permettent pas d'admettre qu'il y ait une différence quelconque entre la leucodermie et le vitiligo idiopathique. Pour lui, celle-là ne se distingue de celui-ci que par son siège et son évolution, elle n'est qu'une manifestation indirecte de la syphilis ; elle doit y faire penser, mais ne doit nullement être regardée comme un stigmate certain.

Il donne le résultat de ses examens histologiques qui montrent au niveau des taches blanches la disparition du pigment dans la couche génératrice et les

autres couches épidermiques, sa présence dans des cellules migratrices du derme abondantes surtout dans les papilles.

Il explique la décoloration par le renversement du rôle de ces cellules du derme (mélanoblastes) qui, à l'état normal, apportent le pigment aux cellules de l'épiderme et qui, dans ce cas, le leur enlèvent.

En 1885, de même que les auteurs précédents, Neisser considère la leucodermie comme secondaire aux éléments maculeux ou papuleux des éruptions spécifiques, mais il en conçoit le mécanisme autrement : le processus inflammatoire qui existe au niveau des macules et des papules amènerait une multiplication cellulaire active ; sous cette influence les cellules pigmentées sont refoulées rapidement vers les couches cornées et ne tardent pas à se détacher par desquamation.

Lesser (1884), Haslund (1885) et Finger (1886) émettent des opinions analogues à celles des auteurs précédents.

Lesser (1884) accorde toute l'importance aux taches claires, à la décoloration desquelles est secondaire l'hyperpigmentation des parties voisines. Pour prouver que la syphilide pigmentaire est secondaire à des éléments éruptifs il s'appuie sur les cas où on a vu les taches claires se développer au siège des papules, sur l'évolution de ces taches qui est semblable à celle des cicatrices, sur l'analogie avec ce qui se passe dans le Psoriasis (décoloration consécutive à la régression des placards) et sur l'inefficacité du traitement.

Haslund (1885) la considère comme secondaire, non pas à des papules, mais toujours à des macules roséoliques. Pour lui, les taches consécutives aux papules s'en distinguent en effet en ce qu'elles sont cicatricielles, déprimées, d'abord brunes par transsudation de la matière colorante du sang et ne deviennent blanches que longtemps après par résorption du pigment ; les taches pigmentées que l'on voit fréquemment au centre des ilots blancs représentent le reliquat des papules que l'on remarque souvent au centre des efflorescences.

En 1887, *Finger* considère bien la syphilis pigmentaire comme secondaire, mais, rapportant l'observation d'un syphilitique qui, dix ans après le début de la maladie, avait présenté des taches leucodermiques sur la joue (?) sans qu'il y ait eu là de macules, il admet aussi que, dans quelques cas, la leucodermie peut être primitive et non plus secondaire à des efflorescences.

Erhman 1887 explique la dépigmentation des ilots clairs par l'absence des cellules ramifiées qui, d'après lui, transportent à l'état normal le pigment de la région vasculaire du derme vers la couche génératrice de l'épiderme. On comprend ainsi que les cellules de la couche basale soient les premières décolorées, puis les couches susjacentes et enfin la couche cornée qui se détache, et qu'au contraire le derme contiennè encore beaucoup de pigment. Il admet aussi que, dans certains cas où l'on peut constater la présence des cellules ramifiées, celles-ci sont devenues incapables de

transporter le pigment, ou bien que les cellules de l'épiderme ont perdu leur aptitude à le recevoir.

Poelchen (1887) fait succéder les taches claires aux macules roséoliques ; il insiste sur le rôle de la pigmentation normale du cou qui met en valeur les îlots décolorés. Ceux-ci ne se peuvent apercevoir sur la peau blanche des autres parties du corps. Cette pigmentation du cou n'a rien de pathologique, car sur 490 femmes, il n'en a trouvé que 9 avec un col blanc, non pigmenté.

Bockhart (1887), constate sur un fragment de peau une vascularite portant sur les veinules et artérioles du derme sous-papillaire et se traduisant par un bourgeonnement de l'endothélium, des coagulations fibrineuses et l'épaississement des parois. Autour des vaisseaux, les tissus sont teints en jaune et contiennent du pigment libre, des cristaux d'hématoïdine, des leucocytes et des cellules conjonctives infiltrées de pigment. Dans l'épiderme le pigment existe en grande quantité, surtout dans la couche la plus profonde. Bockhart en conclut que le pigment provient de l'endothélium vasculaire et des globules rouges du sang désagrégés. Ce pigment serait transporté dans l'épiderme par les cellules migratrices du derme.

De Maieff (1889), (de même que Saintin et Doyon) considère le début de l'affection comme caractérisé par une pigmentation diffuse de la peau ordinairement dans la région cervicale. Cette pigmentation est, pour lui, primitive. C'est sur ce fond gris jaunâtre qu'ar-

paraissent ensuite de petites taches claires ; 4 examens histologiques pratiqués par lui, font voir :

1° *Dans les zones pigmentées*, l'épiderme épaissi, les cellules et leurs intervalles bourrés de pigment, les vaisseaux entourés de nombreuses cellules pigmentées, arrondies ou étoilées, leurs parois infiltrées de cellules rondes, leur endothélium boursouflé.

2° *Au niveau des îlots clairs* : l'épiderme aminci, réduit à une ou deux rangées de cellules dont les noyaux sont mal colorés, le pigment d'autant plus rare qu'on s'avance de la périphérie de la tache vers son centre où il est tout-à-fait absent ; les vaisseaux extrêmement réduits et à peine visibles.

Il en conclut que, dans une première phase, le processus inflammatoire aboutit à des altérations vasculaires suivis de troubles circulatoires et pigmentaires ; puis que, dans une deuxième phase, les lésions s'accroissant en certains points, les parois des capillaires s'épaississent, ceux-ci s'oblitérent et finalement l'atrophie leucodermique se produit.

Haslund (1893) affirme à nouveau sa conviction que les taches leucodermiques sont secondaires à des efflorescences syphilitiques.

Lewin (1893), admet l'hypothèse d'Erhman suivant laquelle le pigment sanguin est transporté dans l'épiderme par les cellules ramifiées. Mais suivant lui, ces cellules obéissent au système nerveux moteur ; si les centres moteurs sont altérés, une partie des cellules ramifiées se paralyse et à ce niveau se produit la tache leucodermique.

Unna (1894) pense, comme de Maieff et Taylor, que la lésion commence par une pigmentation en nappe, sur laquelle se développent plus tard les îlots clairs qui n'ont aucune relation avec une éruption antérieure ; il fait remarquer que la syphilide pigmentaire n'apparaît presque jamais sur une peau non pigmentée auparavant ; ainsi s'explique sa prédilection pour la région cervicale où il existe une pigmentation habituelle.

Un examen histologique pratiqué dans un cas où le malade présentait à la fois une syphilide pigmentaire du cou et des macules de roséole qui persistaient encore, montre :

1° *Au niveau des parties pigmentées :*

a) Une surabondance de pigment qui siège non dans les cellules auxquelles il semble n'être qu'accolé mais dans les espaces lymphatiques et intercellulaires ; b) des altérations vasculaires consistant en bourgeonnement de l'endothélium et infiltration des zones périvasculaires au niveau des réseaux papillaire et sous-papillaire ; c) une augmentation de volume des cellules fusiformes du derme.

2° *Au niveau des îlots clairs :*

Du pigment, mais en moindre quantité, situé dans l'espace compris entre le réseau vasculaire superficiel et la limite de l'épiderme. Le derme situé au-dessous du réseau capillaire superficiel de même que l'épiderme en sont absolument dépourvus.

3° *Au niveau des macules roséoliques :*

Dès altérations vasculaires semblables à celles des

parties pigmentées, mais le pigment est moins abondant autour de la tache roséolique, et à son niveau que dans les parties colorées.

Unna conclut, qu'il y a comme phénomène primordial une hyperpigmentation diffuse avec hyperplasie cellulaire du corps papillaire; les îlots clairs sont d'origine secondaire et dûs à une résorption du pigment associée à une paralysie des mélanoblastes, consécutive elle-même à l'influence du virus syphilitique sur les nerfs.

Erhman 1895 pense que le pigment est formé aux dépens des globules sanguins par des cellules ramifiées que plusieurs auteurs ont décrites et qui méritent le nom de mélanoblastes.

Les taches blanches se développent sur les macules ou les papules roséoliques, par destruction ou trouble fonctionnel des mélanoblastes. — En effet l'examen de papules en voie de transformation leucodermique lui a montré la formation de cellules géantes, ce qui indique la mort des cellules et évidemment aussi celle des mélanoblastes. Dans ce cas il y a donc bien destruction de ces cellules spéciales.

En second lieu, l'examen des taches blanches consécutives à la roséole, lui a permis de constater des mélanoblastes bien développés alors que l'épiderme était néanmoins dépourvu de pigments. Dans ce deuxième cas il semble donc n'y avoir qu'un trouble fonctionnel de ces cellules.

Plus tard en 1897 *Erhman*, dans un travail sur l'anatomie des syphilides secondaires et des pigmen-

tations qui leur succèdent, explique pourquoi la syphilide pigmentaire est presque toujours localisée au cou.

C'est que les cellules créatrices du pigment (mélanoblastes) analogues aux cellules conjonctives, mais s'en distinguant par leur grandeur et la forme de leur noyau n'existent que sur les régions pigmentées du corps et sur les individus à peau pigmentée.

En 1896 *Frattali* constate sur des coupes de syphilide pigmentaire réticulée, les faits suivants :

1^o *Au niveau des parties blanches :*

a) Les couches épidermiques sont normales, elles contiennent quelques granulations pigmentaires plus abondantes dans les cellules cylindriques du corps de Malpighi.

b) Dans le derme il y a des zones d'infiltration leucocytaire que l'on trouve également autour des anses vasculaires des papilles.

2^o *Au niveau des parties pigmentées :* mêmes lésions, mais l'infiltration cellulaire et pigmentaire du derme est plus intense.

L'auteur paraît ainsi conclure qu'il y a des lésions inflammatoires du derme dans toute l'étendue de la syphilide réticulée : les lésions des taches claires ne diffèrent de celles des parties pigmentées que par leur moindre intensité.

Hjelmann 1897, publie les résultats de l'examen histologique de dix fragments de peau leucodermique excisés sur sept personnes différentes :

Ces examens histologiques méritent d'être exposés

en détail, car ils constituent le travail le plus important qu'on ait fait sur l'anatomie pathologique de la syphilide pigmentaire.

Premier cas

a) *Au niveau des parties colorées* on ne trouve qu'une certaine quantité de pigment dans les cellules basales ; mais le pigment est extrêmement abondant dans les papilles et la couche sous-papillaire et dans ces mêmes régions il y a une légère infiltration péri-vasculaire.

b) *Dans les zones décolorées* le derme est absolument dépourvu de pigment, sauf en quelques rares endroits ; les cellules basales sont de même ou complètement ou presque totalement dépigmentées. Le corps de Malpighi est aminci, diminué de hauteur. On rencontre une légère infiltration de cellules rondes dans les papilles et la couche sous-papillaire.

Deuxième Cas

a) *Au niveau de la zone pigmentée* on constate : une grande quantité de pigment dans les cellules basales et une certaine quantité, par places, dans les autres cellules du corps de Malpighi jusque dans les couches superficielles. Il y a relativement peu de pigment dans les papilles et la couche sous-papillaires ; les vaisseaux sont normaux.

b) *Dans les zones décolorées.* Les cellules basales sont encore pigmentées mais beaucoup moins qu'à l'état normal ; dans quelques points elles sont tout à fait décolorées. Dans le derme le pigment est absent sauf dans quelques points isolés. Le corps muqueux de Malpighi est aminci et réduit à 1 ou 2 rangées de cellules. Les vaisseaux des couches supérieures du derme sont également atrophiés : ils sont rares et leur lumière à peine perceptible ; ils sont entourés d'une légère infiltration cellulaire.

Troisième Cas

La leucodermie s'est développée à la suite de papules qui, en disparaissant, ont laissé des zones décolorées sur le scrotum.

L'examen montre les mêmes lésions que dans les deux cas précédents ; toutefois, il y a une certaine quantité de pigment dans les papilles et la couche sous-papillaire du derme au niveau des îlots décolorés.

Quatrième Cas

On trouve au niveau des zones décolorées les mêmes lésions que dans le deuxième cas. Au niveau des taches claires on constate très peu de pigment dans les cellules basales ; dans le derme, en plusieurs points, il est absent.

Cinquième Cas

Au niveau des zones pigmentées on fait les mêmes constatations que dans le deuxième cas.

Dans les zones décolorées on trouve très peu, et en quelques points pas de pigment dans le corps de Malpighi qui n'est aucunement atrophié. Il n'y a pas trace de pigment dans le derme.

Il y a une légère infiltration cellulaire dans les papilles et la couche sous papillaire, aussi bien dans les zones décolorées que dans les zones pigmentées.

Sixième Cas

Les lésions sont absolument les mêmes que dans le deuxième cas.

Septième Cas

Dans les parties colorées on fait les mêmes constatations que dans le deuxième cas.

Au niveau des zones décolorées on remarque l'absence complète de pigment dans le derme, tandis que les cellules basales sont presque aussi pigmentées que dans les zones colorées. L'épiderme est atrophié. Les papilles dermiques et la couche sous papillaire sont moins vasculaires et on y constate une infiltration cellulaire.

Dans tous ces cas Hjelman a trouvé des « Mastzel-

len » surtout autour des vaisseaux, autour des glandes et des follicules pileux. Ces mastzellen étaient plus souvent dans les zones claires que dans les zones pigmentées. Ces cellules semblent indiquer par leur présence un trouble de nutrition ; Hjelman ne croit pas pouvoir, avec certains auteurs, leur attribuer un rôle dans le transport du pigment ; car dans leur intérieur, il n'a jamais constaté la présence de granulations.

Il fait ressortir que, d'après le résultat des examens histologiques précédents, les zones claires présentent à peu près la même structure que les cicatrices ordinaires : atrophie de l'épiderme et diminution de la vascularisation du derme.

Kaposi (1899) reconnaît que la tache blanche constitue le fait principal et primordial, tandis que la pigmentation est secondaire, il range la lésion dans le groupe des achromies. Comme processus, il admet avec Riehl le rôle des cellules migratrices véhicules du pigment, qu'elles emportent dans le cas de leucodermie, au lieu de l'apporter comme à l'état normal. Il admet que la tache décolorée prend naissance au niveau d'une macule roséolique ou d'une papule.

Plaehle (1900) attribue aux antitoxines syphilitiques dues à la réaction du sang ou des cellules de l'organisme, le principal rôle dans la production de la syphilide pigmentaire.

Lesser, lui répondant, expose ses idées sur cette lésion ; conformément à l'opinion de Neisser la syphilide pigmentaire se développe sur des syphilides préexistantes. Le phénomène principal est la ré-

sorption surabondante du pigment pathologique et du pigment normal, comme cela a lieu dans le Psoriasis.

Telles sont les principales opinions émises sur la pathogénie de la Syphilide Pigmentaire.

Nous voyons qu'en France la majorité des dermatologistes la considère comme un phénomène indépendant d'une éruption antérieure, c'est à dire primitif, comme une *hyperchromie* en forme de marbrures ou de taches irrégulières s'anastomosant pour enclaver des îlots de peau restée saine. A l'appui, de leur opinion, existent quelques rares et anciens examens histologiques : ceux de Tanturri et de Saintin.

Al'Etranger, au contraire, tous les auteurs, sauf de rares exceptions, regardent la syphilide pigmentaire comme une *hypochromie* en îlots consécutifs à des macules ou des papules. Pour eux, l'hyperchromie n'est qu'un phénomène secondaire ou même n'existe pas en tant que manifestation pathologique. Leur opinion repose sur de nombreux et récents examens histologiques, parmi lesquels ceux de Hjelmman sont les plus remarquables.

Comment prendre parti entre ces deux opinions extrêmes ? Est-il possible de les concilier ? C'est ce que nous allons examiner.



Discussion

Comme on a pu le voir dans la première partie de ce chapitre où sont résumés les opinions de nombreux auteurs, l'étude pathogénique de la Syphilide Pigmentaire réticulée comprend trois points principaux :

1° Les îlots clairs sont-ils constitués par de la peau normale ou bien par une peau modifiée ? Sont-ils la lésion principale et caractéristique ?

2° Cette manifestation pigmentaire de la syphilis est-elle primitive ou bien succède-t-elle à une éruption antérieure, dont elle ne serait que le reliquat ?

3° Quel est le processus qui aboutit à la formation des îlots clairs ou des marbrures pigmentées ?

Ces questions résolues, il nous restera encore à expliquer certaines particularités de la lésion.

Pourquoi siège-t-elle si souvent au cou ?

Pourquoi sa prédilection pour la peau féminine ?

§ I

Sur le premier point, (la peau au niveau des taches claires est-elle normale ou modifiée. Les taches constituent-elles la lésion principale ?) Nous ne pouvons nous prononcer que d'après les constatations cliniques et surtout d'après les examens histologiques.

Que nous enseigne la clinique ?

Tout d'abord nous ferons remarquer qu'il est pour ainsi dire impossible de trancher cliniquement la question de savoir si les îlots sont ou non dépigmentés. Cependant un moyen a été indiqué par M. Fournier :

Faites un trou de petit diamètre dans une carte de visite et appliquez cette carte sur la peau, de telle façon que l'orifice corresponde à une tache claire, et que la partie pleine de la carte cache les points pigmentés : la tache claire, n'étant pas mise en valeur par la teinte foncée qui l'entoure, vous apparaîtra colorée comme la peau normale, du thorax par exemple. Mais ce procédé est passible de plusieurs reproches : d'une part, la blancheur éclatante de la carte de visite, en vertu de la loi du contraste des couleurs, fait paraître la tache claire plus foncée qu'elle ne l'est en réalité ; d'autre part, l'objection suivante de M. Hallopeau nous paraît très fondée : La région cervicale est normalement pigmentée. Si donc, la coloration de la tache est la même que celle du thorax, elle est en réalité moindre qu'à l'état normal.

L'argument de M. Fournier ne nous paraît donc point péremptoire.

En réalité au point de vue de sa structure, la peau, cliniquement, nous apparaît comme normale ; presque toujours dans le cas de syphilide à larges îlots, assez souvent dans le cas de syphilide à petits îlots. Mais, dans cette dernière forme, la peau est bien plus souvent déprimée ; quelquefois même elle est vergeturée, parfois glabre dans la partie velue de la nuque. Ce sont là des raisons de croire que cette peau n'est pas normale, mais qu'elle est le siège d'atrophie ou de troubles de nutrition.

Que nous enseigne maintenant l'Histologie pathologique ?

Tanturri (1865) trouvait au niveau des taches claires autant de pigment que dans la peau normale. Saintin dans sa thèse (1884) confirmait les recherches de Tanturri et, allant même plus loin, affirmait qu'il avait trouvé plus de pigment au niveau des taches claires que dans la peau normale.

On pourrait opposer à l'examen de Tanturri son ancienneté, à celui de Saintin l'exagération étrange de ses résultats. On pourrait supposer aussi que leurs recherches ont porté sur des cas en regression, le pigment réapparaissant de nouveau pour redonner aux espaces clairs l'hyperchromie normale du cou.

Quoiqu'il en soit, les nombreux examens qui ont été pratiqués par les autres auteurs, attestent que dans la plupart des cas la peau des îlots est modifiée, tou-

jours dans sa pigmentation et souvent dans sa structure.

C'est ainsi que Riehl 1884, de Maieff, (1889) Unna (1894), Hjelman (1897), Erhman (1895) ont constaté la disparition ou la diminution du pigment dans les cellules de l'épiderme et dans le derme.

Les examens de Hjelman que nous avons déjà exposés et qui ont porté sur 10 lambeaux de peau appartenant à 7 individus différents sont particulièrement démonstratifs. Dans tous ces cas, sauf le septième, il a constaté la disparition du pigment ou sa raréfaction à la fois dans l'épiderme et le derme. Dans le septième cependant le derme seul est dépigmenté, tandis que les cellules cylindriques de Malpighi contiennent des granulations.

Mais bien plus, tous ces examens sauf le septième démontrent, ainsi que de Maieff l'avait déjà constaté, que la peau présente des lésions atrophiques. Ces lésions consistent en un amincissement de l'épiderme réduit à 1 ou 2 rangées de cellules, et en une atrophie des vaisseaux, difficiles à retrouver, à peine visibles.

Ces observations nombreuses et dues à de bons observateurs nous paraissent concluantes. Dans la majorité des cas la peau, au niveau des taches claires, est anormale et atrophiee ; et ces lésions histologiques concordent bien avec la dépression presque constante et avec l'apparence vergeturoïde plus rare que nous avons constatées cliniquement dans ces syphilides pigmentaires à petits îlots bien limités, rappelant par

leur configuration les macules roséoliques ou les papules.

Ces petits îlots décolorés constituent bien la lésion principale. car au niveau des zones pigmentées les lésions de la peau sont insignifiantes dans la plupart des cas.

De Maieff et Unna ont bien, à la vérité, trouvé un bourgeonnement de l'endothélium des capillaires, une infiltration leucocytaire du derme prédominante autour des vaisseaux et ces faits ont bien été constatés à nouveau par Frattali. Mais, sur les 7 cas de Hjelman, un seul présente cette infiltration périvasculaire ; dans les 6 autres les vaisseaux et la peau sont normaux.

Un seul caractère est constant ; c'est l'abondance du pigment dans le derme et l'épiderme relativement aux autres parties du corps. Or, cette hyperpigmentation n'est pas nécessairement pathologique au cou. Sur 490 femmes normales Poelchen n'en a trouvé que 9 sans pigmentation cervicale. Nous même avons constaté à la consultation de Saint-Louis, que cette pigmentation est la règle chez les femmes non syphilitiques ; on verra enfin en parcourant les observations publiées à la fin de notre thèse que dans la grande majorité des cas les malades nous ont affirmé avoir eu le cou pigmenté dès leur enfance.

On pourrait donc penser que si, sous l'influence du poison syphilitique, il peut se produire une hyperpigmentation dont l'origine inflammatoire est attestée par les altérations vasculaires et l'infiltration leucoci-

taire, ce phénomène n'est ni constant ni nécessaire à la production du collier de Vénus.

Cependant, nous n'allons pas si loin et nous croyons avec M. Balzer que toujours il se produit une hyperpigmentation résultant d'une sorte de rejet du pigment à la périphérie des îlots décolorés.

§ II. — *La syphilide pigmentaire réticulée ou leucodermie est-elle primitive ou bien au contraire est-elle secondaire à une éruption antérieure ?*

Pour répondre à cette question nous distinguerons les cas de syphilide pigmentaire à larges îlots et ceux de syphilide à petits îlots.

Il n'est pas douteux pour nous que la forme à petits îlots, que nous croyons la plus fréquente, car nous l'avons le plus souvent rencontrée dans les examens que nous avons pratiqués à Saint-Louis et à Saint-Lazare, ne soit secondaire. En voici les raisons :

1° *La configuration des îlots clairs*, qui mesurent de 3 à 10 millimètres de diamètre, répond à celles des macules roséoliques ou des papules.

L'existence de taches décolorées plus grandes n'est pas une objection, car leurs contours polycycliques attestent le mécanisme de leur formation due à la confluence de plusieurs îlots.

2° *L'apparence atrophique de ces îlots* qui sont le plus souvent déprimés, quelquefois vergeturoïdes comme, le premier, M. Balzer l'a fait remarquer.

Sans doute il est beaucoup de ces îlots qui ne sont ni déprimés ni vergeturés d'une façon appréciable, mais il est permis de les considérer comme participant d'un même processus atténué.

3° *La persistance au centre de plusieurs de ces îlots d'une macule centrale.* — C'est là un fait sur lequel MM. Balzer et Hallopeau ont attiré l'attention et nous l'avons constaté nous-mêmes dans la plupart des cas. Ce fait, joint à la présence d'un anneau décoloré qui entoure certaines taches cuivrées de roséole ou papule en régression, semble bien indiquer que l'élément roséolique ou papuleux est envahi peu à peu par une dépigmentation qui s'étend concentriquement de la périphérie vers le centre.

4° *Taylor et Atkinson* cité par Fox ont observé que chez les sujets nègres les papules syphilitiques laissent d'abord après elles une pigmentation, mais qu'il se produit ensuite une raréfaction de la matière pigmentaire, d'où formation d'une tache (*Thèse de Maireau*) blanche.

5° La constatation de ce processus que nous avons vu évoluer sous nos yeux dans l'observation que voici :

OBSERVATION I

Henriette P. âgée de 23 ans entre le 30 janvier 1901 dans le service de M. Verchère à St-Lazare pour des plaques muqueuses de la vulve et de la gorge.

Examinée par nous, le 1^{er} février 1901 elle présente, outre

les plaques muqueuses précitées, une éruption roséolique ortiée en déclin desséchée sur toute la surface du tronc et des membres. Cette éruption est surtout marquée au dos, sur la face postérieure des avant-bras, la face postérieure de l'épaule, la face antérieure des cuisses.

Au cou, les taches roséoliques sont moins apparentes à cause, sans doute, de la pigmentation diffuse assez prononcée qui existe en cette région et dont la teinte brun-jaunâtre se confond dans une certaine mesure avec la teinte des macules déjà en régression et cuivrées. Néanmoins certaines macules sont assez nettes pour que deux calques puissent être pris au niveau des parties latérales du cou.

Nous avons pris ces calques à l'encre sur deux lames de verre de dimensions 4×12 .

Depuis, nous avons examiné Henriette P. d'une façon suivie. Peu à peu nous avons vu les macules roséoliques s'entourer d'une auréole décolorée qui s'est étendue progressivement vers le centre, de telle façon que, fin février les macules sont remplacées par des îlots clairs de même configuration. Les calques sur verre coïncident exactement avec les îlots qui ont succédé aux macules dont le contour avait été figuré. On trouve aussi d'autres îlots qui ont vraisemblablement succédé à des macules que leurs contours confondus avec la teinte environnante ne nous avait pas permis de dessiner.

Ces îlots sont nettement déprimés; à la nuque, quelques-uns sont striés de plis longitudinaux.

Sur les avant bras les macules roséolique ont laissé des taches de couleur jambonnée et d'apparence striée.

Sur tout le corps, il existe des macules jambonnées, lisses, témoin de la roséole antérieure,

Le 16 mars 1901, toutes les macules du corps sont presque effacées. Mais, au cou, les îlots blancs sont toujours bien visibles et superposables au calque.

Le 17 avril 1901, la malade ne présentant plus d'accidents contagieux est autorisée à sortir. Sa syphilide pigmentaire réticulée est toujours apparente. Les macules noirâtres des autres parties du corps ont disparu.

OBSERVATION II

Camille M..., 26 ans, domestique, brune, est entrée le 25 avril 1901 dans le service de M. Balzer pour une éruption papuleuse généralisée et une phthiriasé ancienne.

La malade, insouciante et peu soigneuse, n'a remarqué ni l'accident initial, ni la roséole, ni les plaques muqueuses.

Elle n'est rentrée à l'hôpital que 15 jours après le début de son éruption papuleuse qui a été constatée par M. Balzer et dont la nature n'est pas douteuse.

Outre les papules, elle présente une pigmentation diffuse, intense, attribuable à sa phthiriasé.

Dès l'entrée à l'hôpital on a tondu la chevelure pour faciliter le traitement antiparasitaire : la malade a été, en même temps, soumise au traitement par les pilules de proto-iodure.

Peu à peu les papules qui siègent sur le cuir chevelu, la partie supérieure du front, la nuque, le cou, le thorax, l'abdomen, le dos et qui ont respecté les membres supérieurs sauf au niveau du pli du coude et les membres inférieurs sauf au niveau du creux poplité et de la face interne de la racine des cuisses, se sont mises en régression. Elles se sont



Observation II

affaissées. Leur coloration a viré du rouge au cuivré et au brun foncé. En même temps elles se sont entourées d'une zone concentrique d'achromie qui s'étend peu à peu de la périphérie vers le centre.

Ces zones d'achromie ressortent d'une façon intense sur le fond très pigmenté de la peau du cou, des aisselles et des épaules. Elles sont au contraire moins visibles sur le tronc qui est aussi moins pigmenté. Elles sont bien apparentes aux plis du coude et aux creux poplités.

Les macules noirâtres qui représentent les papules en régression et qui sont au centre des zones achromiques sont encore très larges, légèrement surelevées, et beaucoup présentent à leur surface des stries parallèles. Nul doute, qu'avec le temps, elles ne soient bientôt absorbées complètement par les zones d'achromie qui réaliseront une syphilide pigmentaire réticulée ou leucodermie typique.

Nous avons reproduit à la fin de notre thèse l'aspect de la malade à la date du 19 mai 1901. On remarquera la curieuse coïncidence d'une alopécie en clairière bien visible grâce à la coupe des cheveux.

On objectera sans doute qu'il est des cas où des médecins attentifs ont vu se développer des syphiliides pigmentaires à petits îlots sur des cous, où l'examen minutieux et répété n'avait pu surprendre la moindre tache de roséole ou de papules.

Nous répondrons avec M. Hallopeau que la pigmentation normale du cou empêche une roséole légère de paraître nettement aux yeux de l'observateur et lui permet ainsi de passer inaperçue, et avec M. Balzer que les éléments reconnaissables cliniquement ne nous

donnent qu'imparfaitement la mesure de ce qu'est en réalité la poussée éruptive, invisible sur beaucoup de points quoique y déterminant des modifications matérielles ou fonctionnelles.

Pour ce qui est de la syphilide pigmentaire ou leucodermie à larges îlots clairs, qui est d'ailleurs exceptionnelle, nous ne saurions être aussi affirmatifs. Ici, en effet, la configuration des espaces clairs ne répond plus à la forme de la roséole ni des papules. La peau ne paraît habituellement pas atrophiée : elle n'est ni déprimée ni plissée et l'on serait bien tenté de considérer la lésion comme une dyschromie primitive constituée, ainsi que le veut M. Fournier, par des traînées pigmentaires capricieuses entourant de leurs mailles des espaces de peau saine. On pourrait dans cette hypothèse la rapprocher des dyschromies réticulaires dues quelquefois à la tuberculose ; à la maladie d'Addison, etc., qui la simulent si bien. On pourrait la regarder ainsi que ces troubles pigmentaires d'une autre origine comme résultant de l'action d'une substance toxique (ici poison syphilitique) sur le sang, les cellules melanigènes ou les nerfs.

Mais cela n'est point nécessaire et nous pensons avec M. Balzer que ces larges îlots clairs ont la même origine que ceux de petites dimensions. Nous en voyons la preuve dans la persistance, plus rare il est vrai, d'une macule noirâtre au centre de ces îlots et nous expliquons la discordance apparente entre eux et la papule qui les aurait précédés par ce fait bien probable que les lésions papuleuses s'étendent dans

la peau bien au-delà de la zone perceptible à l'œil et au toucher.

En résumé nous pensons que dans ses deux formes à petits îlots ou à grands îlots la syphilide pigmentaire réticulée ou leucodermie est consécutive à des éléments éruptifs, macule roséolique ou papule dont elle représente le reliquat.

§ III. — *Quel est le processus qui aboutit à la formation de la syphilide pigmentaire ?*

Avant d'aborder cette question nous devons résumer rapidement les notions que les travaux les plus récents nous ont donné sur la physiologie normale du pigment cutané.

Pigment normal de la peau. — A l'état normal le pigment cutané ne se trouve que dans la seule couche génératrice du corps de Malpighi : chez le nègre on le retrouve aussi dans la première assise du réseau. Il est absent du derme ou du moins son existence y est problématique (Berdal, 1894, Traité d'hist. normale).

Cette description classique fait immédiatement penser que les cellules de la couche génératrice doivent jouer le principal rôle dans la formation des granulations pigmentaires, que seules elles contiennent.

Paul Carnot dans sa thèse (Paris 1896) envisage la question dans ce sens.

Il voit une preuve du rôle des cellules de la couche génératrice dans la technique des greffes pigmentées.

Une cellule épidermique noire, greffée sur peau blanche, donne une tache noire en extension. Le pigment se trouve dans les cellules épidermiques tout d'abord, puis dans les cellules du derme. Si la greffe se résorbe, le pigment quitte tout à fait les cellules épidermiques. Ces faits montrent bien que c'est la cellule épidermique elle-même qui élabore son pigment. Mais contrairement à l'opinion classique, il admet la présence dans le derme de cellules chargées de pigment. Ces cellules représentent des leucocytes servant à débarrasser les cellules épidermiques de leur pigment en excès.

Erhman (1887) avait déjà montré que, même aux endroits où l'on a cru longtemps que l'épiderme seul contenait du pigment (aréole du sein par exemple), les granulations pigmentaires existaient aussi dans les cellules ramifiées du derme. C'est à ces cellules ramifiées qu'il accordait et qu'il accorde encore le rôle principal.

Selon lui, elles ont pour fonction de transformer l'hémoglobine qu'elles recueillent au voisinage des capillaires en granulations pigmentaires ou grains de mélanine, puis de transporter ce pigment ainsi élaboré vers les cellules épidermiques.

Le pigment, suivant la voie des prolongements protoplasmiques qui s'avancent dans l'épiderme entre les intervalles des cellules cylindriques de Malpighi, pénètre dans les cellules de la couche génératrice puis est entraîné peu à peu par leur prolifération vers la couche cornée avec les cellules de laquelle il tombe, quand celles-ci se détachent.

Kaposi 1890, au Congrès de Berlin, n'admet pas le rôle qu'Erhman fait jouer aux mélanoblastes. S'il est vrai que l'on trouve ces cellules pigmentifères, ramifiées, signalées par Langhans et Denneville, dans la peau du nègre, au niveau d'un nævus ou dans les régions très pigmentées, on ne les voit point ou presque point au niveau de la peau blanche normale. Dans les cas précédents on peut admettre que ces cellules ne sont que des leucocytes qui se sont mécaniquement chargés de pigment.

C'est là l'opinion qui a été reprise comme nous l'avons vu par Paul Carnot et que nous accepterions volontiers s'il nous fallait prendre parti. Mais peu importe au fond que ce soit la cellule cylindrique de la couche de Malpighi ou la cellule ramifiée du derme qui élabore le pigment. Le fait essentiel et extrêmement probable qui ressort de ces travaux ; c'est que les granulations pigmentaires prennent naissance dans des cellules spéciales. Toutefois elles ne le créent point de toutes pièces ainsi qu'Erhmann l'a bien montré par ses travaux.

Les tissus dépourvus de vaisseaux sont dépourvus de pigment :

Le pigment manque chez l'embryon avant le développement des capillaires sanguins.

Sur l'œil du bœuf, le tissu pigmenté s'étend sur la cornée seulement, jusque là où vont les anses vasculaires, etc.

Les œufs de la salamandre et du triton quittent l'o-

vaire de la mère sans pigment et celui-ci n'apparaît qu'après formation des globules sanguins.

Ces faits prouvent manifestement que c'est dans le sang et dans son hémoglobine que les cellules puisent la matière première pour l'élaboration du pigment.

Mettant à profit ces notions, voyons d'abord comment on doit concevoir le processus qui aboutit à la *formation des îlots clairs*.

Au niveau de l'élément roséolique on sait qu'il y a dilatation des vaisseaux sanguins, tuméfaction de leur endothélium et dans les cas intenses infiltration cellulaire à leur pourtour.

Dans la papule il y a plus ; il y a, ainsi que le dit Unna, formation d'un plasmome, c'est-à-dire d'une agglomération de cellules résultant vraisemblablement de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif et de l'affluence des leucocytes.

Cette agglomération se décompose en blocs secondaires systématisés autour d'un capillaire sanguin. Au milieu de ces blocs on voit des cellules géantes plus ou moins nettes. Dans l'un et l'autre cas l'épiderme est intact.

En somme, la différence entre la roséole légère caractérisée par la simple vaso-dilatation et la papule type caractérisée par un bloc de cellules d'origine leucocytaire et conjonctive est grande. Mais les cas de roséole intense, ortiée, dans lesquels on voit une infiltration cellulaire très appréciable autour des vaisseaux et ceux de roséole boutonneuse dans lesquels

on voit au centre des macules une petite papule, montre bien qu'il s'agit en réalité de phénomènes de même ordre, différent seulement par l'intensité.

Or, quand la macule ou la papule donnent naissance à la tache décolorée, que peut-il se passer ?

Neisser pensait (1883) que le processus inflammatoire qui existe au niveau des macules ou des papules déterminait la multiplication des cellules de l'épiderme et le rejet vers la surface des cellules pigmentées. — Mais on n'a pas constaté cette multiplication. Bien au contraire la prolifération paraît diminuée, puisque, dans bien des cas, l'épiderme est aminci ; d'ailleurs, une prolifération cellulaire indiquerait une hyperactivité fonctionnelle et il devrait y avoir en même temps une hyperproduction de pigment. Riehl fait une autre objection ; Dans les cas de multiplication anormale des cellules il y a toujours desquamation (rougeole, scarlatine, eczéma, et.), or cela ne se produit pas dans la roséole.

Riehl, précédant Erhman (1885), attribuait la dépigmentation au renversement du rôle des mélanoblastes qui, normalement chargés d'apporter le pigment à l'épiderme, le lui enlevaient. — Mais le rôle de ces cellules pigmentifères du derme n'est pas prouvé et on est en droit de les considérer comme de simples leucocytes qui, toutefois, peuvent jouer un rôle important dans la dépigmentation en se chargeant d'une partie des granulations et en les détruisant.

Lewin 1893, Unna 1894 admettent le rôle des cel-

Iules mélanoblastes d'Erhman, mais ils les soumettent à l'influence des centres nerveux moteurs dont la paralysie entraîne celle des mélanoblastes et la production des taches leucodermiques.

Mais cette théorie nerveuse n'explique pas la disposition des petits îlots décolorés et ne saurait satisfaire l'esprit.

De Maieff 1890 pense que les capillaires s'oblitérent et que cette oblitération est suivie d'atrophie leucodermique ; Hjelman conclut de la même façon que les taches claires résultent d'une lésion en quelque sorte cicatricielle attestée par l'atrophie de l'épiderme et la diminution de la vascularisation.

C'est cette dernière opinion qui nous paraît exacte.

Le gonflement de l'endothélium vasculaire, l'infiltration cellulaire qui caractérisent la roséole intense et la papule peuvent évoluer comme cela se voit dans toutes les autres inflammations, vers l'oblitération des vaisseaux et la sclérose.

Dès lors, les cellules de Malpighi sont mal nourries leur multiplication est ralentie et ainsi s'explique l'amincissement de l'épiderme que les examens histologiques de de Maieff et de Hjelman nous ont révélé.

De plus, la matière colorante du sang n'est plus apportée en quantité suffisante aux cellules ramifiées du derme ou aux cellules cylindriques de Malpighi qui, frappées d'ailleurs dans leur nutrition, cessent de transformer en pigment cette matière colorante. Quand aux globules rouges désagrégés et aux pig-

ments qui colorent les macules et les papules à une certaine période de leur évolution, nul doute, comme le pense notre maître, le D^r Balzer, que les cellules fixées proliférées et les nombreux leucocytes qui existent au niveau des éléments éruptifs n'interviennent pour les détruire par phagocytose

Ainsi s'explique la dépigmentation qui résulte d'une double cause : 1^o arrêt de la formation du pigment dans les cellules mélanigènes ; 2^o Destruction des matières colorantes par les phagocytes.

Mais il est des cas où les îlots décolorés tout en paraissant s'être développés sur des macules roséoliques ne présentent pas de dépression nette et c'est sans doute à ces cas que se rapportent ces examens histologiques dans lesquels on a constaté pour seule et unique lésion, la décoloration de l'épiderme ou du derme, normaux par ailleurs.

Il faut alors admettre que les lésions atrophiques ne sont pas absolument nécessaires mais que la compression prolongée de l'épiderme dans le cas de papule (on sait que le plasmome papuleux repousse l'épiderme au dehors), que l'irritation liée à la vasodilatation qui caractérise la roséole, longtemps prolongée peuvent, après l'avoir excitée, diminuer l'activité de la cellule génératrice du pigment ou l'abolir pour un temps.

Pour ce qui est des parties pigmentées interposées entre les îlots, nous avons vu que, dans la plupart des examens histologiques, la peau à leur niveau, est normale à cela près qu'elle contient une surabondance de

pigment. Il ne doit donc y avoir là qu'un trouble fonctionnel.

L'oblitération des vaisseaux correspondant aux îlots décolorés doit déterminer une sorte de fluxion collatérale se traduisant par la vasodilatation des territoires vasculaires voisins et perméables. Cette vasodilatation a pour résultat : 1° la surabondance de la matière colorante liée à la sortie des hématies hors des capillaires, 2° l'hyperactivité des cellules mélanigènes qui sont sans doute encore influencées par l'action irritante du poison syphilitique.

Peut-être enfin s'ajoute-t-il à ces causes une altération du sang encore hypothétique et en vertu de laquelle il abandonnerait plus facilement sa matière colorante.

Ce ne sont là sans doute que des hypothèses, mais les cas intenses où l'on a constaté la congestion des capillaires, le bourgeonnement de leurs endothéliums et l'infiltration cellulaire de leurs parois et des tissus voisins leur donne beaucoup de vraisemblance (de Maieff, Unna, Frattali, Bockhart, Hjelman).

D'ailleurs dans la grande majorité des cas cette hyperpigmentation, liée à l'existence des îlots atrophiques et décolorés, vient seulement renforcer la pigmentation d'une région habituellement colorée ; telles celles du cou, des aisselles, localisations préférées de la leucodermie.

§ 4. — *Pourquoi la syphilide pigmentaire réticulée affecte-t-elle une prédilection marquée presque exclusive pour le cou ?*

Nous croyons que l'hyperpigmentation du cou, liée au frottement perpétuel des vêtements sur la peau et si fréquente qu'on pourrait presque la considérer comme normale, en est la raison; elle mettrait en valeur les îlots leucodermiques, et cela est d'autant plus vraisemblable, que les autres localisations de la syphilide pigmentaire sont précisément les régions du corps qui sont habituellement pigmentées (face antérieure des aisselles surtout et quelquefois face interne de la racine des cuisses).

Nous avons admis il est vrai une hyperpigmentation qui est liée à l'existence des îlots décolorés et qu'on pourrait appeler hyperpigmentation compensatrice. Son existence est prouvée par l'apparition de la syphilide pigmentaire sur des cols absolument blancs auparavant. Mais dans la plupart des cas, elle n'est pas assez accentuée pour rendre visibles les îlots dont la couleur est pratiquement la même que celle des téguments sains non pigmentés.

On sait, en effet, que le pigment, dans la peau des régions blanches du corps, est réduit normalement à de rares granulations siégeant dans l'épiderme, de sorte que la différence de coloration entre cette peau et les îlots décolorés consécutifs aux éléments éruptifs n'est pas appréciable. Si l'on ajoute à cela la présence de mar-

brures rosées qui existent fréquemment sur la peau des régions blanches du corps on comprend facilement qu'il soit impossible d'y apercevoir les îlots, sièges de troubles fonctionnels ou d'atrophie qui peuvent y exister. C'est pourquoi il est si rare de constater la syphilide pigmentaire sur le tronc ou les membres. Elle n'y apparaît que chez des sujets très bruns ou bien dans les cas rares où ce que nous avons appelé tout à l'heure l'hyperpigmentation compensatrice est assez intense.

On peut donc dire qu'une pigmentation préalable et d'une autre origine que celle de la syphilide pigmentaire est nécessaire pour que la leucodermie soit apparente. Le fait suivant rapporté par Erhman montre bien le rôle de cette pigmentation : un déchargeur de bateaux travaillant nu jusqu'à la ceinture présentait une hyperpigmentation due à l'action de l'air et du soleil dans toute la partie supérieure du corps. Sur cette coloration diffuse se voyaient des taches claires de la dimension d'une lentille et réalisant l'aspect typique de la syphilide pigmentaire réticulée, non visible sur le restant du corps.

A ce fait nous ajouterons l'observation suivante :

OBSERVATION III

M^{lle} X..., 22 ans, se disant commissionnaire en chaussures vient à la consultation de M. le D^r Balzer à Saint-Louis pour un écoulement leucorrhéique.

Blonde, d'un blond-cendré, elle a la peau, en général, assez blanche avec une pigmentation modérée dans les régions habituelles. Elle est forte, bien constituée.

Au cou, elle présente une syphilide pigmentaire des plus nettes et qui, pour ainsi dire, saute aux yeux.

Interrogée, la malade dit avoir eu, il y a deux ans, deux chancres à la vulve, mais elle n'a pas eu recours au médecin. Deux mois après, elle aurait remarqué une éruption rosée sur tout le corps et en particulier sur le cou. C'est à la suite de cette éruption qu'auraient pris naissance, sur le cou des taches brunâtres puis blanchâtres. Sur les autres parties du corps l'éruption aurait disparu sans laisser aucune trace.

Voici comment se présente actuellement cette syphilide pigmentaire.

Le cou dans la zone de pigmentation normale c'est-à-dire dans toute l'étendue comprise entre deux lignes horizontales : la 1^{re} parallèle et sous-jacente au bord inférieur du maxillaire inférieur, la deuxième partant de l'extrémité interne de la clavicule pour aboutir à l'apophyse épineuse de la proéminente, le cou, dis-je, présente une coloration jaune-brunâtre très accentuée.

Sur ce fond, se découpent très nettement de nombreux petits îlots blancs arrondis ou elliptiques, de 3 à 5 millimètres de diamètre, de contours très distincts, séparés les uns des autres par des intervalles de 3, 4, 5 millimètres au plus. Plusieurs présentent une macule foncée en leur centre. Ils sont, pour la plupart, très nettement déprimés. L'aspect général est celui d'une dentelle des plus élégantes.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable c'est l'existence sur la poitrine, au devant du manubrium sternal, d'un placard arrondi, grand comme la paume de la main et fortement

pigmenté en brun jaunâtre. Ce placard est consécutif à l'emploi fait par la malade d'un vésicatoire. La pigmentation artificielle produite de cette façon a mis en valeur des ilots blanchâtres beaucoup moins marqués et moins nets qu'au cou, mais de même configuration et dimension et selon nous, de même valeur. Il semble qu'il y ait eu là un phénomène comparable à ce qui se passe dans le développement d'un cliché photographique.

Pour compléter la description de cette malade, ajoutons qu'elle présente sur la jambe gauche 3 petites taches brun foncé qui ont dû succéder à des papules. Sur la cuisse gauche existe une cicatrice pigmentée consécutive à un ecthyma probable.

Cette observation paraît bien montrer la nécessité d'une coloration préalable de la peau pour que la tache leucodermique, latente lorsqu'elle siège sur une peau blanche, puisse apparaître.

§ V. — *Pourquoi la syphilide pigmentaire affectionne-t-elle la peau féminine ?*

C'est, dit-on, parce que la peau de la femme est plus fine.

L'explication ne nous paraît pas très satisfaisante. Nous ferons seulement remarquer que la lésion n'est pas rare chez l'homme, comme on l'a cru longtemps, puisque de Maieffe a trouvé une proportion de 15 pour 448 cas de syphilis. Nous l'avons pour notre part, observée assez souvent.

Diagnostic

Quelle est la valeur diagnostique de la syphilide pigmentaire réticulée ?

On peut dire qu'elle constitue un signe d'une valeur considérable. Son aspect aréolaire, en dentelle, en guipure, constitue un caractère presque pathognomonique ; car la plupart des troubles de pigmentation qui peuvent survenir dans d'autres affections consistent, sauf de très rares exceptions, en des pigmentations en nappe ou en placards.

Cependant on a cité plusieurs cas où son aspect a été réalisé par des troubles pigmentaires d'origine gravidique, et surtout tuberculeuse.

C'est ainsi que M. Fournier a rapporté l'exemple d'une melanodermie tuberculeuse prise pour un type accompli de syphilide pigmentaire alors que l'examen et l'interrogatoire démontrèrent que la malade était vierge et sans aucun signe de syphilis héréditaire ou acquise.

M. Thibierge a présenté à la Société de dermatologie, le 11 février 1897, un malade âgé de 60 ans, fai-

sant pendant à celui de M. Fournier. Ce sujet, tuberculeux avancé, présentait une pigmentation généralisée avec quelques cicatrices de phtiriasse. Mais au cou, la pigmentation était particulière. La nuque et les faces latérales du cou étaient d'un gris intense et ces surfaces étaient parsemées de taches arrondies dont les plus larges avaient un centimètre de diamètre. Ce malade avait eu plusieurs chancres de la verge 36 ans auparavant. Mais il n'avait eu aucun accident consécutif, et il ne présentait aucune lésion ou trace de syphilis.

Laurent, dans sa thèse (1897), rapporte l'observation d'un garçon de 16 ans qui présentait sur le cou une hyperchromie diffuse parsemée d'îlots décolorés comme dans la syphilide pigmentaire. Cependant le malade n'avait rien dans ses antécédents qui pût faire soupçonner la syphilis et, un examen attentif exercé pendant quatre mois ne permit pas de reconnaître cette maladie. Ce jeune garçon avait des adénopathies cervicales et une lésion tuberculeuse du sommet gauche sans retentissement sur l'état général.

Dans ces derniers temps, Rille et Caspari ont observé 10 cas où la leucodermie était la conséquence non de la syphilis, mais du Psoriasis. Ces derniers faits n'ont rien qui doive nous étonner, car la plaque de psoriasis présente à peu près les mêmes lésions histologiques que les éléments maculeux et papuleux de la syphilis : il y a une dilatation des vaisseaux et une infiltration périvasculaire de lymphocytes qui s'exagère dans le cas de complications inflammatoires.

Il est tout naturel qu'une telle altération du derme aboutisse à la formation d'îlots atrophiques et décolorés.

Mais les cas de pseudo-syphilide pigmentaire d'origine tuberculeuse sont plus difficiles à comprendre. Nous n'en avons jamais observé et nous nous demandons si vraiment ces dyschromies d'origine tuberculeuse présentent bien tous les caractères de la syphilide pigmentaire.

S'il en est ainsi réellement, peut-être l'histologie pathologique nous en donnerait-elle la clef en démontrant l'existence de lésions des vaisseaux de la peau. On admet, en effet, que certaines parties du réseau vasculaire sous-papillaire tiennent sous leur dépendance des territoires indépendants de la peau ; chacun de ces territoires formant la base d'un cône d'injection dont le sommet correspondrait à un ramuscule artériel propre à ce territoire (1). Si ce ramuscule devenait le siège d'une thrombose d'origine tuberculeuse on comprendrait aisément que le territoire cutané correspondant soit frappé d'atrophie et de pigmentation.

Quoiqu'il en soit, ces pseudo-syphilides pigmentaires sont trop rares pour amoindrir d'une façon appréciable la valeur du stigmate spécifique que l'on peut considérer comme un véritable certificat d'infection syphilitique.

(1) Berdal Histologie.

Observations

OBSERVATION IV

Brune, J. Pr..., 21 ans. se présente le 23 février 1901 à la consultation de M. Balzer à Saint-Louis pour des plaques muqueuses de la vulve qui existent depuis trois semaines. L'accident initial a passé inaperçu. Sur le tronc, on voit des taches cuivrées de roséole éteinte. Au cou, qui aurait toujours été pigmenté au dire de la malade, on voit une teinte brun jaunâtre assez foncée sur laquelle s'enlèvent de nombreux petits îlots, décolorés, nettement déprimés et présentant, pour quelques-uns, une macule centrale. La malade ne sait pas depuis combien de temps date ce stigmate dont elle ne soupçonnait pas la présence bien qu'il soit très apparent.

OBSERVATION V

C. B..., 23 ans, blonde, vient consulter M. Balzer à Saint-Louis le 21 février 1901 pour plaques muqueuses de la gorge dont elle souffre depuis fin octobre. La malade a ignoré l'accident initial mais sait avoir eu la roséole qui a été très intense et apparente au cou jusqu'à fin octobre. Sur le cou que la malade dit avoir été toujours fortement pigmenté on voit une coloration café au lait foncé sur laquelle se détachent des petites plaques blanchâtres arrondies ou ovalaires de 4 à 5 millimètres de diamètre dont plusieurs sont nettement déprimées ou présentent une petite macule centrale rouge cuivrée. Ni la pigmentation, ni les îlots

n'existent à la partie antérieure du cou. L'aspect en dentelle est surtout net sur les parties latérales.

OBSERVATION VI

M. Bl..., 28 ans, chatain-clair, a été soignée le 15 nov. 1899 dans le service de M. Balzer pour roséole et plaques muqueuses buccales. Le chancre a passé inaperçu. Elle se présente le 14 février 1901 pour une vaginite. Le cou présente une pigmentation brun-jaunâtre, foncée, qui daterait de l'enfance, car la malade se souvient que la maîtresse d'école, trompée par cette coloration, aurait prié sa mère de la tenir plus proprement. Quoi qu'il en soit, sur le fond pigmenté se détachent de petits îlots décolorés très nombreux de 4 à 5 millimètres de diamètre. Quelques-uns sont déprimés ou possèdent un petit point noirâtre en leur centre. Ces îlots existent même sur la partie antérieure du cou. Ils sont moins nets cependant en cette région et sur la nuque qu'ils ne le sont sur les parties latérales.

OBSERVATION VII

È. B..., 38 ans, brune, ménagère, grande, sèche, maigre, vient à la consultation de M. Balzer à Saint-Louis pour obtenir des médicaments. Il y a trois mois, elle a eu la roséole et des plaques muqueuses buccales. L'accident initial a passé inaperçu. Elle présente une syphilide pigmentaire du cou qu'elle ne soupçonnait pas jusqu'à ce jour. Sur un fond brun-jaunâtre, pas très foncé, se remarquent des îlots arrondis de 5 à 7 millimètres de diamètre. La dépression habituelle n'est pas ici très perceptible. Ces îlots déterminent un aspect de réseau en dentelle, absent au devant

du cou, net au contraire sur les parties latérales et sur la nuque. Sur l'un d'eux on voit une macule centrale et sur un autre une petite papule qui en marque le centre également.

* OBSERVATION VIII

A. B..., 22 ans, brune, infirmière, est entrée dans le service de M. Balzer pour des plaques muqueuses vulvaires et périvulvaires.

L'accident initial a passé inaperçu.

La roséole dont la malade porte encore des traces brunâtres et cuivrées sur le tronc et les membres a débuté il y a deux mois.

Tout le corps est assez pigmenté mais cette pigmentation brun-jaunâtre prédomine au cou. Sur ce fond ainsi coloré dans la région cervicale s'enlèvent de nombreux petits îlots décolorés de 5 à 10 millimètres de diamètre. Ils sont, pour la plupart, déprimés et présentent des macules centrales. Outre ces îlots qui paraissent bien avoir succédé à des taches de roséole on remarque quelques éléments papuleux. L'un d'eux, de 5 millimètres de diamètre environ, forme le centre d'une partie décolorée et irrégulièrement arrondie et d'un diamètre de 12 millimètres environ.

A la nuque se voient aussi deux larges papules : La première présente une partie centrale rougeâtre moins saillante que ses bords, elle est entourée d'une zone inflammatoire rosée ; la deuxième est, en réalité, formée de plusieurs petites papules agminées dont l'une est rougeâtre et les autres brunâtres. Tout ce petit placard qui mesure 1 centimètre et demi environ est entourée d'une zone étroite, décolorée. La malade présente encore des troubles pigmentaires d'un autre ordre : ce sont des taches noires irrégulièrement

arrondies et groupées en un placard que l'on retrouve de chaque côté, symétriquement disposé, à la face interne de la racine des cuisses.

Cette malade qui, en même temps que des îlots décolorés consécutifs vraisemblablement à la roséole, présentait des papules entourées d'un cercle de décoloration naissante eût été intéressante à suivre. Elle a malheureusement quitté le service par caprice au bout de quelques jours.

OBSERVATION IX

Brune, assez pigmentée, B. . M. . . , 22 ans, entre le 14 avril 1901 dans le service de M. Verchère, pour des plaques muqueuses de la gorge. La malade a constaté à la vulve une ulcération il y a deux mois. Elle ne peut dire si elle a eu la roséole (la malade très insouciante, se livre depuis deux ans à la prostitution clandestine). Il existe à la région cervicale une syphilide pigmentaire ou mieux une leucodermie bien marqué, en dentelle, qu'une camarade aurait signalé à B. . M. . . il y a environ deux mois. Les parties pigmentées sont de couleur café au lait foncé. Les îlots mesurent de 3 à 6 millimètres de diamètre, ils sont déprimés en grand nombre et plusieurs présentent une macule centrale. — L'aspect de la syphilide pigmentaire se retrouve sur la paroi antérieure des aisselles, et, à peine marqué, dans la région dorsale.

OBSERVATION X

M^{lle} A. . . , 17 ans, est dans le service de M. Verchère à Saint-Lazare pour plaques muqueuses des grandes lèvres. Non surveillée, le chancre initial et la roséole ont passé

inaperçus. Son cou a, dès son enfance, été toujours fortement pigmenté. Elle présente une syphilide pigmentaire banale sur les parties latérales du cou avec îlots de 4 à 10 millimètres de diamètre, déprimés, et présentant, pour quelques-uns, une macule centrale.

A la nuque le fond pigmenté n'existe plus et sur la partie médiane les îlots décolorés ne sont pas visibles; sur les côtés de la nuque on voit comme des trainées brunâtres irrégulières qui sont comme une émanation des taches pigmentées des parties latérales du cou et qui rendent apparents des îlots décolorés analogues à ceux des autres parties.

OBSERVATION XI

Brûnée, assez pigmentée, J. B..., 18 ans, entre le 10 janvier 1901 dans le service de M. Verchère pour plaques muqueuses de la marge de l'anus. En août 1900, elle aurait eu des chancres mous pour lesquels elle aurait été soignée à l'hôpital Broca. Elle aurait eu la roséole en novembre 1900. Actuellement elle présente, outre les plaques muqueuses susdites, de l'ecthyma en évolution à la jambe gauche et au bras droit, des cicatrices d'ecthyma sur les cuisses et sur les membres supérieurs, de nombreuses macules brun-jaunâtre sur toute la surface du corps sauf la face, macules qui ont de 3 à 5 millimètres de diamètre et qui semblent avoir suivi une éruption papuleuse ignorée de la malade très insouciante. Le cou présente une coloration diffuse brun-jaunâtre assez accentuée. Sur ce fond s'enlèvent de nombreux îlots clairs, de 3 à 7 millimètres, arrondis ou ovalaires, quelquefois allongés et plus étendus avec des bords polycycliques. Ces îlots et la pigmentation existent sur les parties latérales sur la nuque et même en avant entre les 2 chefs des sterno-

mastoldiens, mais en cette dernière région ils sont moins nets,

OBSERVATION XII

M. . D. . . , 26 ans, entre le 31 décembre 1900 dans le service de M. Verchère pour des plaques muqueuses de la vulve. L'accident initial a passé inaperçu.

Sur la zone habituellement pigmentée du cou on voit de nombreuses petites taches arrondies ou ovalaires dont quelques unes sont déprimées ou présentent une macule centrale. Elles siègent sur les côtés et sur la nuque mais sont absentes en avant.

OBSERVATION XIII

F. . C. . . , 21 ans, entre le 28 février 1901 dans le service de M. Verchère pour plaques muqueuses de la gorge. L'accident initial et la roséole ont passé inaperçus (non surveillée, insoumise). Cette malade présente une syphilide pigmentaire type dont elle ne soupçonnait pas l'existence. Cette leucodermie siège au cou qui est fortement coloré en brun-jaune et qui présente sur ce fond des îlots décolorés arrondis ou allongés de 4 à 8 millimètres de diamètre. Il existe quelques espaces clairs plus étendus à bords polycycliques et dont la surface est divisée en territoires secondaires par de légères trainées granitées. A côté d'îlots déprimés, nets, il en existe d'autres à peine visibles mais de même configuration quelques-uns ont une macule centrale.

OBSERVATION XIV

Le 23 janvier 1901, W..., 19 ans, châtain foncé, entre dans le service de M. Verchère, pour des plaques muqueuses de la vulve, de l'anus et de la gorge.

L'accident initial a passé inaperçu. La malade, très insouciante, n'a pas, non plus, remarqué de roséole. Elle présente une coloration brun jaunâtre du cou, plus marquée sur les parties latérales, à peine visible sur la partie antérieure. Sur ce fond, se détachent de nombreux îlots arrondis ou ovales. Les plus petits mesurent 5 à 6 millimètres de diamètre ; les plus larges 1 centimètre. Beaucoup sont nettement déprimés et présentent une macule centrale. Quelques-uns semblent s'être fusionnés pour donner naissance à des îlots plus grands, à bords polycycliques et à surface divisée par des traînées pigmentaires plus ou moins marquées. Ils sont moins nets à la nuque ; absents en avant. Cette malade présente en outre des placards pigmentés à contours irréguliers et flous, on en remarque au niveau de l'omoplate droite, sur la région dorsale, au niveau de la ceinture. Il y en a un de 5 centimètres de long et de 1 centimètre et demi de large qui existe sur la nuque. Au niveau de ces placards se voient de nombreux petits îlots décolorés mais beaucoup moins nets que dans la région cervicale.

Cette observation montre le rôle de la pigmentation (syphilitique primitive ?) en placards, qui, à la nuque, accentue les contours des îlots, moins marqués sur le restant de la nuque et qui sur le corps révèle des îlots décolorés semblables à ceux du cou et qui, sans elle, seraient restés latents.

OBSERVATION XV

M. B..., 17 ans, a été soignée en juillet 1897, à St-Lazare, pour des plaques muqueuses, vulvaires et anales

Elle aurait eu le chancre infectant en février 1897.

Elle n'a pas remarqué de roséole. Actuellement, elle présente au cou qui est assez pigmenté et qui l'aurait été dès l'enfance, dit-elle, des îlots blanchâtres mais irrégulièrement dessinés et à peine marqués. Il semble que ce soit là un cas en régression.

OBSERVATION XVI

F. L..., 19 ans. Brune, entrée dans le service de M. Verchère dans le courant de février pour des plaques muqueuses de la vulve et de la gorge, a eu une roséole très marquée sur le tronc et les bras en particulier. Elle aurait vu aussi des taches rosées sur le cou. Ce dernier qui, dit la malade, aurait toujours été plus coloré que le reste du corps, présente actuellement une pigmentation brun-jaunâtre assez prononcée. Sur ce fond, se détachent de nombreux îlots arrondis ou ovalaires de 6 à 7 millimètres dont plusieurs sont nettement déprimés ou présentent une macule centrale. Ils existent sur toute la surface du cou, même en avant. Quelques-uns d'entre eux, rares d'ailleurs, ont les dimensions d'une pièce de 1 franc en argent, mais leurs contours polycycliques et leur surface, parcourue par de fines et lé-

gères trainées pigmentaires permettent de les rapporter à la confluence de plusieurs des îlots élémentaires.

Tout le corps de cette malade est fortement pigmenté surtout dans la région dorsale et abdominale où l'on remarque de nombreux petits îlots semblables à ceux du cou mais moins nets. On en remarque aussi sur la face externe des bras et supéro-externe des avant-bras.

OBSERVATION XVII

V. M..., âgée de 23 ans, châtain-clair, entre le 13 décembre 1900 dans le service de M. Verchère pour des syphides cutanées papuleuses.

Elle a eu en mars 1900 un chancre induré de la vulve. En mai, de nombreuses papules sont apparues sur le corps et en particulier sur le dos, le cou et le haut du front.

Actuellement, on remarque sur le cou une teinte brun-jaunâtre peu accusée, sur laquelle s'enlèvent de petits îlots décolorés, ovalaires ou arrondis, bien limités, séparés par de larges espaces pigmentés. Plusieurs sont nettement déprimés ou présentent en leur centre une macule noirâtre. La leucodermie existe sur les parties latérales et la nuque. Elle est absente en avant.

OBSERVATION XVIII

A. S..., 18 ans, entre le 25 février 1901, dans le service de M. Verchère, à Saint-Lazare, pour des plaques muqueuses

de la vulve. L'accident initial a passé inaperçu. La roséole est apparue fin novembre 1900.

Sur la partie latérale gauche du cou on remarque un placard pigmenté fortement en brun-jaunâtre et de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent. Sur ce placard se détachent cinq à six îlots décolorés.

Sur la partie latérale droite, on voit la même disposition, mais la pigmentation est à peine marquée et les îlots peu visibles.

OBSERVATION XIX

M. B.... brune, a eu il y a deux ans des plaques muqueuses vulvaires et buccales. L'accident initial et la roséole ont passé inaperçus.

La malade présente actuellement quelques papules disséminées sur le corps.

On remarque sur les parties latérales du cou une pigmentation jaune-brunâtre assez prononcée, sur laquelle se détachent des îlots décolorés, arrondis ou ovalaires dont la plupart sont nettement déprimés et quelques-uns gaufrés. Plusieurs présentent en leur centre une macule noirâtre.

La malade ignorait sa syphilide pigmentaire, cependant bien apparente.

OBSERVATION XX

M. D..., 20 ans, à chevelure châtain foncé. Insoumise est arrêtée et envoyée dans le service de M. Verchère pour

plaques muqueuses de la vulve et de l'anus. L'accident initial est passé inaperçu de la malade qui n'a remarqué, non plus, ni roséoles ni papules. Cependant, elle présente sur la poitrine et à la partie supérieure du dos des taches rougeâtres, cuivrées, plissées qui semblent bien avoir succédé à des papules. Le cou a une coloration jaune-brun irrégulière. Sur ce fond, se détachent de nombreux îlots décolorés, mesurant de 5 à 7 millimètres dans leurs plus grands diamètres. Ils sont presque confluents, séparés seulement par des intervalles pigmentés qui ne mesurent souvent que 2 millimètres de large. Quelques uns sont déprimés ou présentent en leur centre une macule noirâtre. Ces îlots existent aussi bien en avant, où ils sont cependant moins nets, que sur la nuque et sur les parties latérales du cou.

OBSERVATION XXI

M. G..., polisseuse, se présente le 20 février 1901 à la consultation de M. Balzer, à Saint-Louis, pour une syphilide tuberculo-croûteuse en placards, siégeant à la paume des mains, aux épaules et aux cuisses. La malade n'a remarqué ni chancre ni roséole. Elle aurait eu des plaques il y a six mois.

Elle présente dans la région cervicale une pigmentation jaune-brun très marquée, sur laquelle s'enlèvent de nombreux îlots décolorés, déprimés et présentant, pour quelques-uns, une macule noirâtre en leur centre.

OBSERVATION XXII

Syphilide pigmentaire à larges îlots

L. B. . . , 22 ans, brune, a eu il y a deux ans des plaques muqueuses vulvaires.

L'accident initial et la roséole ont passé inaperçus.

Elle entre le 25 février 1901 à Saint-Lazare pour une bartholinite.

On remarque sur le cou une teinte jaune brunâtre, marquée surtout au niveau des parties latérales. A ce même niveau on voit de larges espaces clairs (2 fr.), à contours irréguliers et à surface granitée.

La malade présente en outre des éphélides du visage.

Aucune lésion pulmonaire.

OBSERVATION XXIII

G. P. . . , 27 ans, imprimeur, se présente à la consultation de M. Balzer, le 20 mars 1901, pour plaques muqueuses de la gorge. Il a eu deux chancres syphilitiques, l'un à la rainure du gland, l'autre à la racine du scrotum. Le cou présente une coloration brun-jaunâtre assez prononcée qui aurait toujours existé, au dire du malade. Sur ce fond se détachent de nombreux îlots décolorés de 5 à 9 millimètres de diamètre et dont plusieurs sont déprimés ou marqués d'une macule centrale. C'est en un mot une syphilide pigmentaire

réticulée type dont le malade ne soupçonnait d'ailleurs pas l'existence.

OBSERVATION XXIV

A. D..., 25 ans, a eu un chancre du gland il y a 3 mois. La roséole est apparue il y a deux mois. Le cou présente une coloration brunâtre qui aurait existé de tout temps. Sur ce fond existent de petits îlots décolorés avec leurs caractères habituels. Le malade présente actuellement des macules de roséole sur le tronc. Ces macules représentent probablement une deuxième poussée.

OBSERVATION XXV

A. D. 29 ans. gainier, a eu un chancre il y a 2 mois et une éruption roséolique dont on voit encore les traces cuivrées presque effacées sur le tronc.

Le cou présente une coloration jaune-brun avec de nombreux îlots décolorés de 4 à 6 millimètres de diamètre. Plusieurs paraissent déprimés ou possèdent une macule centrale.

OBSERVATION XXVI

F. B. 19 ans. Brun, a eu un chancre syphilitique il y a 6 mois. Il n'a pas remarqué de roséole. Il se présente le 21

février 1901 à la consultation de M. Balzer pour des plaques muqueuses buccales. Il présente sur le cou de larges îlots décolorés à contours très peu nets donnant un vague aspect de réseau.

OBSERVATION XXVII

L. M..., 49 ans, vient à la consultation de M. Balzer à Saint-Louis le 28 février 1901. Il a eu un chancre du pénis en juillet 1900, la roséole en septembre 1900. Il vient consulter pour des plaques muqueuses buccales.

C'est un homme brun, grisonnant, à facies coloré. Le cou est à la fois rouge et pigmenté ; de tout temps dit le malade.

Sur le fond pigmenté on voit des îlots de 6 à 7 millimètres de diamètre, déprimés. On en voit aussi à la paroi antérieure des aisselles.

OBSERVATION XXVIII

Y. C..., 34 ans, brun, riveur, a eu un chancre induré il y a 15 mois ; une éruption de roséole deux mois après, des plaques muqueuses anales il y a 6 mois. Actuellement il présente sur la région cervicale, qui aurait été toujours beaucoup plus colorée que le restant du corps, une syphilide pigmentaire reticulée à petits îlots type.

OBSERVATION XXIX

M. M..., 9 ans, a eu la rougeole il y a un an. Il est d'une santé délicate, sujet à des bronchites répétées. Son père syphilitique lui a communiqué sa maladie en l'embrassant sur une plaie qui siégeait au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur et qui était le résultat d'un coup de fouet. En ce point s'est développé un chancre induré au commencement du mois de décembre 1900. La roséole est apparue dans les premiers jours de janvier 1901. Elle existait sur tout le corps et dit la mère, quelques taches étaient légèrement saillantes. Actuellement, l'enfant présente des plaques muqueuses de la gorge et sur le tronc une roséole peu accentuée qui représente vraisemblablement une deuxième poussée (28 février 1901) et au cou une syphilide pigmentaire à petits îlots typiques. Le malade, au dire de la mère aurait toujours eu le cou assez fortement coloré. Celui-ci présente une coloration brun-jaunâtre assez accentuée qui se perd en haut et en bas par une dégradation insensible. Sur le fond ainsi formé s'enlèvent des îlots décolorés arrondis de 4 à 6 millimètres de diamètre. Ils sont légèrement déprimés et quelques-uns possèdent, en leur centre une macule noirâtre. L'ensemble donne l'aspect en dentelle habituelle.

OBSERVATION XXX

H. B..., 50 ans, serrurier, a eu la variole à l'âge de 10 ans. Il a eu en 1893 un chancre induré pour lequel il a subi le trai-

tement mercuriel à l'hôpital Saint-Antoine. En juillet 1898 il a été soigné à Saint-Louis pour un ulcère syphilitique de la jambe. Il est entré en juillet 1900 dans le service de M. Balzer pour plusieurs ecthymas disséminés sur le corps. Le malade présente une pigmentation prononcée du cou. Sur cette pigmentation se détachent des îlots ovalaires, arrondis légèrement déprimés. Quelques-uns de ces îlots sont plus petits, étoilés et paraissent devoir être rapportés à des brûlures causées par des étincelles de la forge ainsi que l'explique le malade. Les autres sont manifestement d'origine syphilitique.

H. B... affirme qu'ils ont succédé à des boutons ou croûtes qui étaient apparus sur le cou au début de la maladie.

Outre la syphilide pigmentaire et les ecthymas, le malade a une orchite syphilitique datant de 2 mois. Les testicules sont légèrement augmentés de volume, très durs et insensibles à la pression.

OBSERVATION XXXI (Communiquée par M. Degrais, externe)

Alopécie en clairières et syphilide pigmentaire presque généralisée.

E. B., maçon âgé de 20 ans, entre le 27 mars 1901, salle Hillairet (service de M. Balzer) pour blennorrhagie.

En juin 1900 est apparu sur le fourreau de la verge, le long du raphé une petite ulcération qui a atteint la grandeur d'une pièce de cinquante centimes et qui a été reconnue pour un chancre induré. Le malade a présenté à cette

époque une adénopathie inguinale marquée, mais sans bubon. La roséole a passé inaperçue.

En juillet, apparaissent des plaques muqueuses dans la bouche, sur le scrotum et le périnée ; elles persistent pendant les mois d'août et septembre. E. B. consulte alors un pharmacien qui lui donne des pilules : En quinze jours tous les accidents disparaissent.

Le 4 mars, il entre à Saint Louis, salle Bazin, pour une blennorrhagie. Il y reste 21 jours pendant lesquels il est soumis à des frictions mercurielles.

Le 27 mars, il entre de nouveau à Saint-Louis, salle Hillairet.

A cette date, la cicatrice de l'accident initial est devenue presque invisible. Les cheveux sont clairsemés et la région occipitale surtout présente des petites places arrondies de la dimension d'une lentille où les cheveux sont tombés (Alopécie en clairières).

La région sus-claviculaire, la paroi antérieure des aisselles la région deltoïdienne, la face postérieure du tronc et surtout l'abdomen présentent une syphilide pigmentaire très manifeste.

Les îlots dépigmentés atteignent la grandeur d'une pièce de vingt centimes en argent. Ils sont séparés par des espaces pigmentés assez larges.

Par endroits, principalement au niveau des omoplates, on voit des petites papules cuivrées qui occupent le centre des îlots dépigmentés.

Le malade sort au bout de trois semaines. Il a reçu trois piqûres d'huile grise qui n'ont pas influencé sa syphilide pigmentaire.

La blennorrhagie s'est arrêtée à la suite de trois grands lavages de permanganate au 1/6000.

OBSERVATION XXXII

(Alopécie en clairières et syphilide pigmentaire chez un homme)

A. G. 26 ans, garçon livreur, a contracté il y a un an, un chancre induré, dont il reste une cicatrice très nette sur le gland. La roséole a passé inaperçue. Il présente actuellement une syphilide pigmentaire ou leucodermie presque généralisée.

Sur la coloration brun-jaunâtre du cou tranchent de nombreux îlots clairs de 5 à 10 millimètres de diamètre, ordinairement déprimés et présentant pour quelques-uns, une macule centrale brunâtre.

Cette apparence, qui rappelle le dessin d'une dentelle, se retrouve sur la paroi antérieure des aisselles, au niveau de la ceinture et des fosses iliaques, au niveau du pli du coude. Coexistant avec sa syphilide pigmentaire, le malade présente une alopécie en aires arrondies de la grandeur des îlots décolorés et s'étendant à toute la surface du cuir chevelu.

OBSERVATION XXXIII

Syphilide pigmentaire coexistant avec une alopécie en clairières chez une femme:

E. B. 22 ans, couturière, a eu la roséole, constatée vers le 20 janvier 1901 par M. Fournier à la consultation de Barcat

Saint-Louis. L'accident initial a passé inaperçu. Elle vient à la consultation de M. Balzer au commencement de mars pour des plaques muqueuses de la vulve.

Le cou présente une coloration brun jaunâtre accentuée qui daterait de l'enfance. Sur cette pigmentation se détachent des petits îlots clairs, déprimés avec parfois une macule centrale.

Cette leucodermie coexiste avec une alopecie du cuir chevelu en îlots. La transition entre les îlots du cou et ceux du cuir chevelu est marquée par la présence, sur la nuque recouverte de cheveux follets, d'une petite tache leucodermique dont la surface est totalement dépourvue de cheveux.

OBSERVATION XXXIV

Syphilide pigmentaire coexistant avec une alopecie en clairières chez une femme

G. V..., 31 ans, a eu au mois d'août 1900 des croûtes dans les cheveux, de la céphalée nocturne. L'accident initial et la roséole ont passé inaperçus. Elle se présente le 20 mars 1901 à la consultation de M. Balzer à Saint-Louis pour des plaques muqueuses de la bouche.

On remarque sur le cou de cette malade une syphilide pigmentaire constituée par des petites taches blanches, déprimées, s'enlevant sur la pigmentation brun-jaunâtre de la région.

La malade présente en outre au niveau du cuir chevelu des îlots alopeciques dont les dimensions rappellent celles des îlots du cou. En différents endroits, ces îlots deviennent

confluents et donnent ainsi naissance à des surfaces alopéciques de la grandeur d'une pièce de un ou même deux francs.

On retrouve de petits îlots alopéciques au niveau des sourcils.

OBSERVATION XXXV

Marie E. 34 ans présente une syphilide pigmentaire du cou du type « à lunules » interrogée, elle déclare, n'avoir eu ni chancre, ni plaques muqueuses, ni roséole. Mais comme elle a été soignée il y a 2 ans dans le service de M. Balzer le registre porte que la malade a eu la roséole à ce moment. Cette femme brune, très pigmentée présente une coloration accentuée de la région cervicale surtout au niveau des parties latérales et de la nuque. Sur ce fond elle présente à gauche trois îlots de 5 à 6 millimètres très décolorés, déprimés. Sur la nuque on voit une papule au centre d'un îlot décoloré.



Résumé et Conclusions

— 1° La syphilide pigmentaire est constituée par la coexistence d'îlots clairs et de marbrures pigmentées qui séparent ces îlots.

— 2° Au niveau des îlots clairs, la peau est le siège d'altérations plus ou moins profondes.

Riehl (1884), de Maieff (1889), Unna (1894), Erhman (1895), *Hjelman* (1897) ont constaté la disparition ou la diminution du pigment dans l'épiderme et dans le derme.

De Maieff et *Hjelman* ont démontré par leurs recherches histologiques que la peau présente le plus souvent des lésions atrophiques, caractérisées par l'amin-cissement de l'épiderme réduit à une ou deux rangées de cellules et par l'amoindrissement des vaisseaux de-venus à peine visibles.

— 3° Au niveau des marbrures, les lésions sont insi-gnifiantes dans la plupart des cas. On a quelquefois constaté un bourgeonnement de l'endothélium des ca-pillaires, une infiltration leucocytaire du derme pré-dominant autour des vaisseaux ; mais sur les sept cas de *Hjelman*, un seul présente cette infiltration péri-

vasculaire ; dans les six autres les vaisseaux et la peau sont normaux.

Un fait est constant, à savoir, la surabondance du pigment dans le derme et l'épiderme.

— 4° La production des îlots clairs nous semble manifestement post-éruptive et due à des lésions plus ou moins atrophiques du derme et de l'épiderme.

Cela est prouvé par :

Leur configuration qui répond à celle des éléments éruptifs maculeux et papuleux dans la plupart des cas.

Leur apparence déprimée et quelquefois vergeturoïde (Balzer).

La persistance fréquente au centre de ces îlots d'une macule noirâtre, vestige d'un élément éruptif antérieur (Balzer et Hallopeau).

La présence parfois constatée d'une zone achromique autour de papules en régression (Hallopeau).

Les observations que nous rapportons dans notre thèse (Observations I, II). Nous avons vu des macules roséoliques et des papules se transformer sous nos yeux en leucodermie.

Cela est indéniable pour la syphilide à petits îlots où l'on trouve presque constamment macule centrale et dépression. Il n'en est pas de même pour le type à larges îlots, type d'ailleurs tout à fait exceptionnel, dans lequel la peau paraît saine le plus souvent. On serait donc tenté de faire de ce dernier type, une dyschromie primitive ; toutefois il est plus probable et nous pensons avec M. Balzer que les larges îlots ont la même origine que les petits. La différence de di-

mension qui existe entre eux et les macules ou papules qui les auraient précédés et qui paraît contradictoire, s'explique par ce fait bien probable que les lésions papuleuses et surtout maculeuses s'étendent dans la peau au-delà de la zone perceptible à l'œil nu et au toucher.

— 5° L'infiltration cellulaire qui caractérise la roséole intense et surtout les papules ; l'atrophie de l'épiderme et l'oblitération des vaisseaux que révèlent les examens histologiques permettent de concevoir de la façon suivante le processus qui aboutit à la formation des îlots clairs.

En premier lieu, les nombreux leucocytes qui infiltrent le derme au niveau des macules et des papules dirigent leur action phagocytaire contre les matières colorantes provenant de la destruction des hématies et contre le pigment d'ancienne formation.

En deuxième lieu, le gonflement de l'endothélium vasculaire, l'infiltration cellulaire que l'on voit au niveau des éléments maculeux et papuleux peuvent évoluer vers l'oblitération des vaisseaux et la sclérose. Il en résulte des troubles de la nutrition des cellules melanigènes (que celles-ci soient représentées par les mélanoblastes ou par les cellules de Malpighi). Ces troubles de nutrition se traduisent par la diminution ou l'arrêt de la production du pigment ainsi que par l'arrêt ou le ralentissement de la multiplication des cellules de Malpighi (amincissement de l'épiderme).

— 6° Quant à la production de pigment, autour des îlots décolorés elle est plus difficile à comprendre.

Elle dépend peut-être de plusieurs causes et sa pathogénie appelle encore de nouvelles recherches.

En nous basant sur les théories actuelles de la pigmentation normale, nous croyons pouvoir avancer les idées suivantes : L'hyperpigmentation qui naît autour des îlots décolorés, serait liée à une sorte de fluxion collatérale consécutive à la gêne circulatoire et à l'oblitération d'une partie des vaisseaux correspondant aux îlots atrophiques.

Cette fluxion collatérale agirait en déterminant l'issue des hématies hors des capillaires et de cette façon une surabondance de la matière colorante du sang que transformeraient les cellules mélanigènes surexcitées par la congestion.

Cette matière colorante se trouverait ainsi, plus facilement apportée dans le derme sain et perméable, que dans les îlots clairs où le derme est plus ou moins altéré et sclérosé;

— 7° Toutefois cette hyperpigmentation, que l'on pourrait appeler compensatrice, ne nous paraît pas être le plus souvent suffisante pour mettre en valeur les îlots décolorés.

Ceux-ci ont pratiquement la même coloration que la peau des régions blanches du corps où ils ne peuvent se voir si une hyperpigmentation compensatrice suffisante ou une hyperpigmentation accidentelle ne vient pas les faire ressortir (Obs. II et III).

Ainsi s'explique la localisation au cou de la leucodermie. Le cou présente, en effet, une habituelle

hyperpigmentation due au frottement perpétuel des vêtements ;

— 8° La prédilection de la syphilide pigmentaire pour la peau féminine, d'ailleurs certainement exagérée, ne peut se comprendre que par des différences inexplicables dans les localisations habituelles des éruptions chez l'homme et chez la femme,

Vu par le Président de la Thèse,
D. LANDOUZY.

Vu : le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

- Atkinson.* — Syphilide pigmentaire, *Chicago med. journ.*, oct. 1878.
- Atkinson.* — Cas de vitiligo incomplet, *Arch. of dermatology*, oct. 1879.
- Audry* (de Lyon). — Syphilide pigmentaire généralisée. Examen histologique des taches, *Ann. de Dermat.*, 1890, p. 134.
- Balzer.* — *Annales de dermatol.*, 1898.
- — — — — décembre 1899.
- — — — — mai 1900.
- Barthélémy.* — Deux cas de mélanodermie, *Soc. de Dermat.*, 19 avril 1898.
- Baudouin.* — Syphilide pigmentaire, *Iconographie du musée de Saint-Louis*, fasc. 42.
- Baudouin.* — Des mélanodermies, *Union médicale*, 23 nov. 1895.
- Bazin.* — Leçons sur la syphilis et les syphilides, Paris, 1866.
- Bergh.* — *Monatshrift fur prakt. dermat.*, 1899.
- Bockhart.* — Ueber pigment syphilis, *Monatschr. f. prakt. Dermat.*, I, 1887.
- Bulkley.* — Pseudo-pigmentary syphiloderm., *Arch. of Dermat.*, January, 1879, p. 49.

- Campbell.* — Pigmentary syph., Arch. of dermat., 1878, p. 239.
- Caramanos.* — Des cachexies pigmentaires diabétiques, alcooliques, etc. Thèse, Paris, 1897.
- Cressicell.* — Syph. copper coloureds stains, The Lancet, 1876, vol. II, p. 917.
- Danlos.* — Syphilide pigmentaire cu cou chez l'homme. Soc. de Dermat., 8 déc. 1898.
- Darier.* — Syphilide pigmentaire. Soc. de Dermat., 12 mai 1898.
- Doyon.* — Sur un cas de syphilide pigmentaire généralisée. Ann. de Dermat., t. IX, 1888, p. 335.
- Drysdale.* — Pigmentary syph. The Lancet, 1877, vol. II, p. 730, 826.
- Syph. pigmentaire. Rev. des sc. méd., 1879, t. XIII, p. 387.
- Ehrmann.* — Physiologie et pathologie du pigment de la peau, Viertel jahresschrift. f. Dermat. u. syph., 1887.
- Le pigment mélanique et les cellules mélanogènes chez l'homme et les vertébrés. Cassel, 1896.
- Société médicale de Vienne, 12 mars 1897.
- Société viennoise de dermatologie, 4 déc. 1895.
- Etienne* (de Nancy). — Ephélides pigmentaires du cou, manifestation unique de la syphilis. Ephélide syphilitique atypique. Soc. de Dermat., 11 nov. 1897.
- Finger.* — La syphilis et les maladies vénériennes. Trad. Doyon et Spillmann, Paris, 1900.
- De Fisson.* — Des syphilides pigmentaires, Thèse, Lille, 1887.
- Fournier.* — Traité de la syphilis, Paris, 1899.
- Affections parasymphilitiques, Paris, 1894.

- Pigmentation réticulaire du cou. Soc. de Dermat., 11 février 1897.
- Fournier*. — Leucomélanodermie syphilitique, Soc. de Dermat., 8 juin 1893.
- Fournier et Dominici*. — Dyscrhomie cervicale anormale chez une syphilitique, Soc. de Dermat., 10 juin 1897.
- Fournier et Haury*. — Syphilide achromique du cou, Soc. de Dermat., 12 mai 1898.
- Fox G.-H.* — Syphilide pigmentaire. Revue des sc. méd., t. XIII, p. 387.
- Frattali*. — Histologie de la syphilide pigmentaire. Giornale italiano delle malattie véneree e della pelle. 1896, p. 250.
- Gémy*. — Deux cas de leucomélanodermie syphilitique. Soc. de Dermat., 4 août 1894
- Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive. Ann. de Dermat., 1890, p. 462.
- Gémy et Raynaud*. — Leucomélanodermie syphilitique chez les indigènes algériens. Soc. de Dermat., 11 novembre 1897.
- Guibout*. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1885.
- Hallopeau*. — Un cas de syphilide pigmentaire. Soc. de Dermat., 3 mai 1900.
- Hallopeau et Leredde*. — Traité de Dermatologie. Paris, 1900.
- Hardy*. — Syphilide pigmentaire. Leçons sur la syphilis. Paris. 1853.
- Haslund*. — Leucodermie syphilitique. Nordiskt medicinskt ark., t. xvii, 1885.
- Société de Dermatologie et de syphiligraphie. 7 avril 1893.

- Hazard.* — Etude sur la syphilide pigmentaire, Thèse, Bordeaux, 1892-93.
- Herscher.* — Société de Dermat., 14 déc. 1899.
- Heusinger.* — Pigment et pigmentation. Arch. de Meckel, vol. viii, 1822.
- Hill.* — Pigmentary syph. Arch. of Dermat., 1879, p. 89.
- Hjelmann.* — Zur Kenntniss des Leucoderma syphiliticum. Dermatol. Zeitschrif, 1897, t. v.
- Persistance des lésions histologiques dans la syphilis. Nordiskt medicinskt Arkiv., 1827, n° 2.
- Hudelo.* — Syphilide pigmentaire généralisée. Soc. de Dermat., 11 février 1892.
- Julien.* — Société de dermat., 11 avril 1892.
- Kaposi.* — Pathol. und therapie, 1899-1900.
- Langlebert.* — Removal of pigmentary stains after venereal eruptions. Médical Times, 1873, vol. ii, p. 256.
- Launois.* — Mélanodermie. IX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France, Angers, août 1898.
- A. Laurent.* — Etude sur un cas de pseudo syphilis pigmentaire chez un tuberculeux, Thèse, Paris, 1897.
- Lesser.* — Leucodermie syphilitique. Ann. de Dermat., 1898, p. 196.
- Archiv. fur dermat. und syphil., p. 137, 1900.
- Lienssen haudbuch der spec. Pathol. und therapie, vol. xiv, p. 193, 1884.
- Archiv. fur dermat. und. syph. 1899 et 1900.
- Lewin.* — Pigmentation syphilitique de la nuque. Soc. berlinoise de Dermat., 10 janv. 1893.
- De la leucodermie. Soc. berlinoise de Dermat., 5 décembre 1893.
- Ueber das Leucoderma. Ann. de la Charité, XVIII^e année.

- De Maïeff.* — Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire, Congrès int. de Dermat., Paris, Paris, 1889, p. 677.
- Maireau.* — De la syphilide pigmentaire, Thèse, Paris, 1884.
- Malherbe.* — Deux cas de syph. pigment. chez l'homme. Gaz. Méd. de Nantes, 12 déc. 1895.
- G.-L.-J. Marrotte.* — Contribution à l'étude des pigmentations pathologiques, Thèse, Paris, 9 juillet 1896.
- Marcou.* — Leucomélanodermie syphilitique. Thèse, Paris, 1898.
- Mauriac.* — Syphilis primaire et secondaire. Paris, 1900.
- Montmeja* (de). — Modifications que peut subir la color. des érupt. syph. par la grossesse, France Médicale, 1873, p. 331.
- Neisser.* — La leucodermie syphilitique. Ann. de Dermat., 1885, p. 182.
- Neuman.* — Wiener medicin. blatter, 1855.
- Parrot.* — Syph. maculeuse et syph. en plaques. Rev. des sc. méd., 1878, t. xiii, p. 394.
- Pillon.* — Exanthèmes syphilitiques. Thèse, Paris, 1857.
- Piocchi.* — Syph. discoloration of the skin. Arch. of Dermat., 1876, vol. iii, p. 82.
- Plackte.* — Archiv fur dermat. und. syphil, p. 137, 1900.
- Pollchen.* — Virchow's Archiv. fur pathol., 1887.
- Riehl.* — Zur kenntniss des pigmentes in menschlichen haar. Vierteljahr f. Dermat. u syphilis, 1884, p. 33.
- Rille.* — Leucodermie syphilitique, Ann. de Dermat., 1898, p. 1157.
- Richard.* — Pigmentation d'orig. médicamenteuse, Thèse, Paris, 1898.
- Rollet* (de Lyon). — Traité des maladies vénériennes, 1865.

